Nr 9 | 27 lutego 1938 | Rok XVII

POLSKA GAZETA LEKARSKA

SPRAWOZDANIE POGLĄDOWE

Prof. dr Włodzimierz MOZOŁOWSKI — Wilno

Skład ilościowy „normalnego" moczu

W wyniku oceny klinicznej analizy moczu lekarz ma stwierdzić, czy skład moczu jest „normalny", czy też istnieją wskazówki „nienormalnych", chorobowy h procesów w ustroju.

Niezbędną przesłanką do wyciągnięcia jakiegokolwiek w tej mierze wniosku jest oczywiście znajomość stanu „normalnego". Co do takich płynów ustroju, jak krew, da się taki stan określić łatwo. I tak np. przy oznaczaniu zawartości wapnia w surowicy wiemy, że wartości inne, niż 9—11 mg w 100 cm³ można uważać za patologiczne; gdy na czczo poziom cukru gronowego przekracza 110 mg w 100 cm³ krwi, nasuwają się poważne wątpliwości co do prawidłowego przebiegu przemiany węglowodanowej; krótko mówiąc, można dla krwi wyznaczyć tabliczkę składników z podaniem dość wąskich granic, w których utrzymują się one u człowieka zdrowego. Skład osocza krwi jest w dość wąskich granicach niezmienny, mimo że nasilenie przemian ustrojowych jest zmienne wskutek rozmaitych warunków zewnętrznych, rozmaitego odżywiania, wreszcie rozmaitego nasilenia czynności ustroju; możliwe jest to dzięki istnieniu urządzeń regulacyjnych; wzrastającą we krwi po spożyciu cukru ilość glukozy zmienia wątroba w glikogen; wodę doprowadzoną w większej, niż zwyczajnie, ilości usuwa ustrój przez nerkę; po obfitym żywieniu białkiem ilość powstającego mocznika będzie większa aniżeli w diecie ubogiej w białko, ale we krwi stwierdzić się da jedynie przejściowe zwiększenie tego składnika, gdyż nerka wydzieli sprawnie zarówno powstałe w przemianie białkowej, jak i doustnie podane, większe ilości mocznika.

To utrzymanie stałego składu osocza krwi wymaga wydalania zmiennych ilości rozmaitych ciał w moczu. Niezmienność składu chemicznego osocza jest objawem sprawnie funkcjonującego ustroju; niezmienność chemicznego składu moczu świadczy o wadliwej, patologicznej czynności nerki. Jasno zdaje sobie z tego sprawę lekarz, przeprowadzając jakąkolwiek próbę czynnościową nerek. Jedną z takich prób jest podanie badanej osobie takiego pokarmu, który powoduje wydalanie w moczu znacznych ilości ciał drobnocząsteczkowych, a następnie polecenie wypicia znaczniejszej ilości wody. Zadaniem badania jest stwierdzenie czy zmienione warunki odżywiania wywołały zmieniony skład moczu. Cechą moczu człowieka zdrowego jest zmienność jego ilości i składu w zależności od warunków. Tablice I i II wzięte z książki Koranyi'ego *„Nierenkrankheiten"* ilustrują powyższe twierdzenie. Pierwsza z tych tablic dotyczy człowieka zdrowego, druga człowieka chorego na nerki (*nephrosclerosis).* Podane w tablicach liczby uzyskano w ten sposób, że wieczorem dnia poprzedzającego badanie spożył badany osobnik omlet z dwóch jaj z 1 g soli, bułkę z masłem i 200 cm³ herbaty; w dniu badania wypił o godz. 7 rano 1 litr słabej herbaty, o godz. 11 otrzymał 100 g chleba, 100 g sera i 1 g soli, o godz. 13 jajecznicę z trzech jaj z 1 g soli i jedno jabłko, a o godz. 16 ponownie 100 g chleba, 100 g sera i 1 g soli. W moczu oznaczano ciężar właściwy oraz obniżenie temperatury zamarzania, które to własności są zależne od ilości wydalanych ciał stałych, zwłaszcza drobnocząsteczkowych oraz ilości moczu, która jest miarą ilości wydalanej przez nerkę wody.

Dane tablicy II, dotyczące człowieka chorego na nerki, przedstawiają skład moczu, który ani pod względem ilości, ani ciężaru właściwego i punktu zamarzania nie dostosowuje się do przemian zachodzących w ustroju; zmienione warunki odżywiania nie wywołują zmian w składzie moczu. Natomiast nerka człowieka zdrowego odpowiada na zwiększenie doprowadzenia wody wydaleniem większych ilości moczu o składzie zmiennym, zależnym od ilości wydalonych w moczu ciał stałych.

Zmienność składu moczu jest więc wyrazem sprawnie działających urządzeń, dzięki którym skład płynów ustrojowych taki, jak osocze utrzymuje się na niezmienionym poziomie. Ta stałość składu, która co do osocza jest świadectwem zdrowia, świadczy co do moczu o stanie patologicznym, „nienormalnym", o niezdolności dostosowania się do zmienionych wymagań; nerka, która bez względu na rodzaj i ilość spożytych pokarmów wydala mocz o niezmienionym składzie, jest nerką chorą. Jest więc oczywiste, że w określeniu „normalnego" składu moczu musimy się oprzeć na innych zasadach aniżeli te, którymi posługiwaliśmy się co do krwi.

Tablica I

Godzina	Ilość moczu w cm³	Ciężar właściwy	Temp. zamarzania
6	230	1,030	—
7	16	—	—
8	120	1,009	—
9	450	1,002	— 0,16°
10	235	1,005	—
11	48	1,014	—
13	80	1,018	—
16	52	1,027	— 1,95°
19	35	—	—
nocą	320	1,029	—

Koranyi 1929, str. 34.

Tablica II

Godzina	Ilość moczu w cm³	Ciężar właściwy	Temp. zamarzania
6	90	1,012	— 0,84°
7	36	1,012	— 0,78°
8	52	1,012	— 0,78°
9	32	1,012	— 0,78°
10	82	1,012	— 0,74°
13	160	1,012	— 0,76°
16	194	1,012	— 0,77°
19	212	1,012	— 0,78°
nocą	960	1,012	—

Koranyi 1929, str. 115.

Drogą, która może nas doprowadzić do rozwiązania postawionego pytania, jest rozpatrzenie, jakie produkty przemian ustrojowych i w jakich ilościach opuszczają ustrój przez nerki. Ze spalenia węglowodanów i tłuszczów powstają w ustroju woda i dwutlenek węgla; węgiel i wodór białek opuszczają ustrój przeważnie w postaci tych ciał; ostatnim etapem przemiany azotowej człowieka jest mocznik; sole mineralne wydalają się w ogóle w takiej postaci, w jakiej były spożyte, tj. najczęściej w postaci jonowej.

Najważniejszym ilościowo produktem przemiany ustrojowej człowieka są: woda, dwutlenek węgla, mocznik oraz jony chlorowy i sodowy. Z wymienionych składników dwutlenek węgla opuszcza ustrój przez płuca.

Woda wydziela się przez płuca, skórę, w niewielkiej ilości z kałem, przeważnie jednak przez nerkę jako mocz. Jest ona ilościowo głównym składnikiem moczu: dobowa jej ilość wynosi około 1000—1500 cm³; nie będzie jednak dalekie od prawdy, jeżeli ilość wody wydalonej przez nerki określimy podając, że jest ona wielkością rzędu 1000 g. Określenie to wyraża, że ilość wydalanej w moczu wody może wahać się od 500 do 5000 g, w zależności od ilości spożytej wody oraz od tego, czy inne drogi wydalania nie zaznaczyły wydatnie swego udziału. Stwierdzenie, że ilość wydalonego w ciągu doby moczu dochodzi u człowieka, wypijającego znaczne ilości piwa, do 5 litrów, nie może prowadzić do wniosku o „nienormalnie" wielkiej ilości wydalanej wody; z drugiej znów strony fakt, że narciarz-zawodnik, przebiegający w ciągu doby kilkadziesiąt kilometrów, wydalił w ciągu doby niewielkie ilości moczu, niewiele większe aniżeli 500 cm³, nie upoważnia do uznania tego stanu za patologiczny; w tym wypadku duże ilości wody wyprowadził ustrój z potem.

Mocznik oraz jony chlorowy i sodowy wydalają się prawie wyłącznie przez nerkę; ilości ich, wydalane w ciągu doby

można wyrazić wielkościami rzędu 10 g. W zależności od spożytych białek oraz doprowadzonej soli kuchennej waha się ich ilość w granicach tego rzędu wielkości.

Jeżeli rozważyło by się skład moczu człowieka zdrowego, uwzględniając jedynie te składniki, których ilość dobowa jest co najmniej rzędu 10 g, to należało by mocz określić jako wodny roztwór mocznika i chlorku sodowego.

Natomiast składników, występujących w ilościach dobowych rzędu 1 g, jest znacznie więcej. Należą do nich siarczany, powstałe przeważnie z utlenienia siarki, wchodzącej w skład spożytych białek; fosforany, będące ostatnim etapem przemian licznych związków fosforowych; jon potasowy, który stanowi główny ilościowo kation komórek zwierzęcych i roślinnych; kwas moczowy, ostateczny u człowieka produkt utleniania zasad purynowych; kreatynina, pochodząca najprawdopodobniej od kreatyny mięśniowej; amoniak, będący zasadą wytwarzaną w ustroju i służącą do zobojętniania nadmiaru wydalanych kwasów, zwłaszcza wtedy, gdy idzie o oszczędzanie cennego dla ustroju jonu sodowego.

W ilościach znacznie od nich mniejszych, bo rzędu wielkości 0,1 g na dobę, znajdują się w moczu człowieka zdrowego inne liczne ciała; jony wapnia i magnezu, które ustrój wydala częściowo przez kiszkę grubą, a częściowo przez nerkę; dwuwęglany, występujące w tym większej ilości, im bardziej oddziaływanie moczu jest przesunięte w stronę zasadową; estry kwasu siarkowego, kwas hippurowy i kwasy glukuronowe sprzężone, wszystko związki będące wyrazem czynności odtruwających ustroju wobec ciał, które są dla ustroju szkodliwe, a nie łatwo ulegają spaleniu; aminokwasy; zasady purynowe; a wreszcie i cukier gronowy, który w nieznacznych ilościach przechodzi do moczu, jako wyraz niezupełnego zwrotnego wchłaniania się w kanalikach nerkowych.

W miarę zmniejszania się rzędu wielkości, rośnie ilość składników. Z ciał, występujących w moczu człowieka zdrowego w ilościach dobowych rzędu 0,01 g, należy wymienić klinicznie ważne składniki; białko, organiczne związki fosforowe, ciała acetonowe, urobilinogen, indykan moczowy, kwas szczawiowy, kwas mleczny.

Wyliczanie związków, dających się wykazać w moczu w ilościach rzędu 0,001 g, zajęło by kilka stron druku; obok ciał, które lekarza mniej interesują, mieszczą się w tej grupie związki o dużym znaczeniu teoretycznym i praktycznym; dość wymienić hormony płciowe, witaminy, fermenty, niektóre barwiki.

Ze składników, występujących w moczu zdrowego człowieka w ilościach dobowych rzędu 0,01 g i większych, można sporządzić tablicę III, przedstawiającą „normalny" skład moczu człowieka.

Tablica III

„Normalny" skład dobowego moczu człowieka zdrowego

R z ą d	w i e l k o	ś c i		
1000 g	10 g	1 g	0,1 g	0,01 g
woda.	mocznik, chlorek sodowy.	siarczany, fosforany, potas, kw. moczowy, kreatynina, amoniak.	wapń, magnez, dwuwęglany, estry kw. siarkow. kw. hippurowy, kw. glukuronowe sprzężone, aminokwasy, zasady purynowe, cukier gronowy.	białko, organiczne związki fosforowe, ciała acetonowe, urobilinogen, indykan moczowy, kwas szczawiowy, kwas mleczny.

Podany w tablicy III „normalny" skład moczu należy rozumieć w ten sposób, że w zmieniających się warunkach życiowych zdrowego człowieka, wahania poszczególnych składników są znaczne, ale nie przekraczają w ogóle podanego rzędu wielkości. W razie zaburzeń w przemianach ustrojowych mogą nastąpić znaczne zmiany w rzędzie wielkości wydalanych składników. W pewnych stanach ciężkich schorzeń wątroby ustrój nie może wytwarzać mocznika; wydalane w moczu ilości mocznika mogą być wtedy rzędu 0,1 g, natomiast aminokwasy, których ilość normalnie jest rzędu 0,1 g, mogą występować w rzędzie 10 g. W chorobach gorączkowych (zwłaszcza w zapaleniu płuc) ustrój zatrzymuje chlorki, toteż rząd ich wielkości spada. Cukier gronowy, występujący normalnie w moczu w ilościach rzędu 0,1 g, może znaleźć się w cukrzycy w ilościach rzędu 10 g, podobnie ma się rzecz z ciałami acetonowymi w cukrzycy i głodzie. W innych znów schorzeniach zmienia się rząd wielkości występowania białka, urobilinogenu, indykanu moczowego i innych.

Metody, używane w klinicznej analizie moczu stosują się do „normalnego" rzędu ilości składników moczowych. Dlatego nie używa się nigdy do badania moczu tak czułych metod, by wykazywały składniki w „normalnych" rzędach ich wielkości. Metody wykrywania cukru, białka lub ciał acetonowych w moczu są tak dobrane, że wykazują obecność badanych ciał dopiero wtedy, gdy występują one w ilościach wyraźnie większych aniżeli odpowiada to rzędowi ich „normalnej" zawartości. Zbyt wielka czułość metody byłaby szkodliwa; wykazywałaby obecność „patologicznych" składników przy „normalnej" ich zawartości w moczu.

Czy z wyżej podanych rozważań należało by wyciągnąć wniosek, że dokładne, ilościowe badanie składników moczowych nie ma żadnego klinicznego znaczenia?

Odpowiedzią jest stwierdzenie, że *jeżeli nie bada się równocześnie składu pożywienia oraz składu innych wydalin*, to dokładne ilościowe oznaczenie składników moczowych nie przyniesie klinicyście w ogóle większego pożytku aniżeli wykonanie próby, w której mógłby określić rząd wielkości występowania danego ciała. Dla określenia ilości białka w patologicznym moczu używa klinicysta łatwej i prędkiej metody Stolnikowa, obciążonej możliwością błędu do 50%; wyciągnięte na podstawie tego badania wnioski, o ile idzie o ocenę nasilenia białkomoczu, nie będą inne, aniżeli uzyskane przy pomocy dokładnej metody, polegającej na strąceniu białka przez zagotowanie, spalenie w kwasie siarkowym i następnie oznaczenie azotu metodą Kjeldahla.

Najzupełniej inaczej musi się postępować, gdy zmierza się do rozwiązania szczególnych ilościowych zagadnień. Zarówno wtedy, gdy bada się stan magazynowania poszczególnych składników ustrojowych, jak i wtedy, gdy pragnie się z jakichkolwiek bądź powodów ograniczyć doprowadzenie pewnych składników pokarmowych, wartość posiada jedynie dokładna, a nie tylko przybliżona, ilościowa analiza pokarmów i wydalin, a więc i moczu.

Niekiedy lekarz otrzyma cenne wskazówki, jeżeli oznaczy dokładnie zawartość pewnego składnika w moczu bez uwzględnienia składu pożywienia oraz innych wydalin; otrzymana wartość, porównana z zawartością tego samego składnika we krwi, może mu posłużyć do oznaczenia wydolności pracy nerki; jest oczywiste, że w takim wypadku, zarówno oznaczenie w moczu jak i we krwi, musi być wykonane przy pomocy metody tak dokładnej, by wyniki obydwóch tych oznaczeń dały się z sobą porównać.

Dla klinicznej analizy moczu, jak i dla wszelkiej pracy lekarza, obowiązujące znaczenie posiada zasada dokładnego zdania sobie sprawy z tego, dla jakiego celu ma się daną czynność wykonać. Pierwszą czynnością badacza (a lekarz przy łóżku chorego jest badaczem) powinno być jasne, niedwuznaczne sformułowanie sobie pytania, do którego rozwiązania dąży. Następstwem tego będzie właściwy wybór metody badania. Metoda badania, która jest dobrą dla jednego celu, może nie nadawać się do rozwiązania innego zagadnienia. Przy wykonywaniu analizy klinicznej moczu oraz przy interpretowaniu uzyskanych wyników musi lekarz pamiętać o powyższych zasadach, jeżeli analiza ma przynieść pożytek choremu, a nie być wyłącznie formalną czynnością pozostającą bez wpływu na pracę i bieg myśli lekarza.

PRACE ORYGINALNE

Dr Mieczysław KUBICZEK Kraków

Technika uzyskiwania za życia punktatów do badań mikromorfologicznych narządów wewnętrznych

Z I Kliniki Chorób Wewnętrznych U. J. w Krakowie
Dyrektor: Prof. dr Tadeusz Tempka

Nakłucia narządów wewnętrznych, dokonywane za życia celem uzyskiwania materiału do badań mikromorfologicznych, przeprowadzane są w ostatnich czasach na coraz większą skalę, stanowiąc jeden z najważniejszych sposobów badania klinicznego.

Trzeba tu od razu podkreślić, że materiał do badania uzyskuje się tą drogą do pewnego stopnia na ślepo oraz, że otrzymuje się go w bardzo małej ilości, a nadto, że wyrywa się go z jego fizjologicznego środowiska; jeżeli nadto uwzględnimy, że materiał ten rozcieramy jeszcze na szkiełku podstawowym, to nic dziwnego, że przedstawia się on w ogóle inaczej, niż preparaty histologiczne, nie pozwalając przeważnie na oglądanie budowy histologicznej danego narządu i wzajemnego stosunku topograficznego poszczególnych tkanek. Jednakże te ujemne strony są co najmniej zrównoważone przez cały szereg korzyści, jakie

daje ta bioptyczna metoda; naprzód możemy już za życia chorego przeprowadzać te badania kilkakrotnie, co oczywiście nie może być bez dodatniego wpływu na rozpoznanie, rokowanie i leczenie; przeciwnie, uzyskiwanie za życia materiału drogą wycinków, będącą już zabiegiem chirurgicznym, rzadko da się przeprowadzić częściej, niż jeden raz; przede wszystkim jednak badanie bioptyczne rozmazu miazgi danych narządów umożliwia nam badanie w najdokładniejszy sposób poszczególnych komórek, wskutek czego występują tego rodzaju szczegóły biologiczno-morfologiczne i w taki sposób, jak z zasady nigdy w preparatach histologicznych. Dla uzyskania materiału do badań bioptycznych nakłuwamy szpik kostny, śledzionę, gruczoły chłonne, tkankę podskórną, guzy nowotworowe oraz wątrobę. Dokładna znajomość techniki nakłuć, wskazań i przeciwwskazań potrzebna jest zarówno ze względu na konieczność uniknięcia powikłań, jak i dla najodpowiedniejszego wyzyskania materiału wydobytego przez nakłucie.

Dla uzyskania *czerwonego szpiku kostnego* można się posługiwać małymi trójgrańcami, trepanikami lub igłami. P i a n e s e w roku 1903 nakłuwał trójgrańcem trzon kości udowej, metoda ta jednak nie przyjęła się zupełnie, zwłaszcza, że w kościach długich już w młodym wieku następuje przemiana czynnego, tj. czerwonego szpiku kostnego w żółty. G h e d i n i w r. 1908 trepanuje kość goleniową w jej górnej trzeciej części, lecz również i ta metoda może mieć tylko zastosowanie u dzieci, u dorosłych bowiem czerwony szpik kostny w kościach długich znajduje się wyjątkowo i tylko w niektórych sprawach chorobowych. Samo zaś trepanowanie kości goleniowej stanowi już mały zabieg operacyjny, którego często u tego samego osobnika nie można wykonywać. Dopiero od r. 1923 S e y f a r t h wprowadził pobieranie szpiku z mostka; po przecięciu w znieczuleniu miejscowym skóry, tkanki podskórnej i okostnej, posługując się trepanem usuwał na przestrzeni 5 mm warstwę zbitą kości mostka, pobierając z warstwy gąbczastej szpik zarówno do badań histo-patologicznych, jak również sporządzając rozmazy. Ponieważ proces przemiany szpiku kostnego czerwonego, a więc czynnego w żółty, występuje najwcześniej w kościach długich, potem w żebrach, z kolei w mostku, a na końcu w kręgach, przeto zasada pobierania materiału z mostka stanowi duży postęp. Posługiwanie się jednak trepanem, aczkolwiek dostarcza większej ilości szpiku kostnego, wystarczającej do sporządzania preparatów histologicznych, stanowi jednak zabieg nieco większy, a wskutek tego nie może być powtarzane u tego samego osobnika częściej. Dlatego też wprowadzenie przez A r i n k i n a w r. 1929 nakłuwania mostka cienką igłą, używaną do nakłucia lędźwiowego, a więc zabieg prosty, dający się dość często u tego samego chorego powtarzać, przyczyniło się do rozpowszechnienia tej metody badania na dużą skalę. Obecnie opisanych jest kilka typów igieł używanych do nakłuwania mostka. I Klinika Chorób Wewnętrznych U. J. używa igieł dostarczanych przez firmę Ornatowski w Krakowie. Igły te długości około 5 cm, grubości 2 mm, zaopatrzone są w dobrze przylegający mandryn. Mandryn na jednym końcu ma zgrubienie w postaci kulki, stanowiącej dobre oparcie dla ręki nakłuwającego, na drugim końcu wystaje z igły w postaci ostrego kolca długości 1 mm. Igła będąca równocześnie pochewką dla mandrynu w swej górnej części, blisko kulki mandrynu ma poprzecznie do swej długości wlutowaną blaszkę, która również, podobnie, jak kulka mandrynu, służy za oparcie dla ręki nakłuwającego. Igły typu K l i m a i R o s e g g e r wyrabiane przez firmę Odelga w Wiedniu, mają prócz pochewki i mandryna specjalną blaszkę poprzecznie ustawioną do długiej osi igły; blaszka ta, dająca się dowolnie przesuwać i ustalać, umieszczona w odległości około 1 cm od ostrego końca igły, stanowi zabezpieczenie przed możliwością przebicia wewnętrznej blaszki kostnej mostka. Podobne igły, według R o h r a, wyrabia również firma Arnold Both w Zurychu. Pewną odmianę stanowi igła polecana przez H e n n i n g a i K o r t h a, wyrabiana przez firmę K. Frenzel w Lipsku. Igła ta ma otworek nie na końcu, lecz z boku. Każda z opisanych igieł równie dobrze nadaje się do użytku. Od dobrej igły, mającej służyć do nakłuwania mostka należy wymagać, by sporządzona była z dobrej, nie rdzewiejącej, nie bardzo kruchej stali, była ostra, długości 2.5—5 cm, grubości 1—2 mm i szczelnie przylegała do strzykawki, co jest konieczne dla wydobycia szpiku przez ssanie. Prócz igieł używane są do wydobywania szpiku kostnego z mostka, mały trepanik podany przez S e y f a r t h a, trepanik ręczny S o n n e n f e l d a, oraz przyrząd opisany przez G r a d - w o h l a, a wyrabiany przez firmę A. S. Aloe Company w St. Louis, również będący małym trepanikiem, a równocześnie igłą, dającą się przymocować do strzykawki Luerowskiej.

U małych dzieci szpik kostny pobiera się z kości goleniowej. Zabieg wykonać można nawet bez znieczulenia miejscowego 1—1.5 cm poniżej stawu kolanowego. Na zewnętrznej powierzchni kości goleniowej wbija się najlepiej cienki trójgraniec, lub igłę punkcyjną. Po pokonaniu niewielkiego oporu, jaki stawia zewnętrzna warstwa kości, usuwamy ostrze trójgrańca, czy mandryn igły, po czym można samą już pochewkę wbić nieco głębiej, a w ten sposób zatkawszy ją palcem lub strzykawką, po wyciągnięciu jej z kości goleniowej uzyskać nawet mały kawałeczek szpiku kostnego. Można również szpik kostny wyssać strzykawką założoną na pochewkę. Jako zasadę ogólną należy przyjąć, że jeśli chodzi o badanie cytologiczne szpiku kostnego, to materiału należy pobierać nie wiele, bowiem przy próbach uzyskiwania większych ilości powstaje znaczna domieszka krwi obwodowej.

Nakłucie mostka wykonuje się u dzieci starszych i u dorosłych. A r i n k i n nakłuwał rękojeść mostka. Nakłuwanie w tym miejscu bywa utrudniane z powodu bliskiego sąsiedztwa twarzy chorego, zwłaszcza jeśli klatka piersiowa jest silniej ku przodowi wysklepiona, a nadto proces stłuszczania szpiku odbywa się najwcześniej w rękojeści mostka. Nakłuwanie mostka w dolnych jego częściach ze względu na dużą elastyczność, a stąd uginanie się mostka pod wpływem ucisku wywieranego w czasie zabiegu, jest również wyraźną przeszkodą, a prócz tego w dużym odsetku, bo aż w *20%*, według P a e s s l e r a, spotyka się w tych miejscach ubytki w części kostnej mostka. Najodpowiedniejszym miejscem do nakłucia jest część mostka na wysokości *2—3* międzyżebrza, nieco na zewnątrz od linii środkowej. Grubość mostka wynosi w tym miejscu przeciętnie 1 cm, przy czym warstwy zbite, zewnętrzna i wewnętrzna mają grubość 1—2 mm. Część gąbczasta jest najcieńsza w środkowej części mostka, grubsza zaś jest w częściach bocznych. Ponieważ mostek w miejscach przyczepów chrząstek żebrowych jest węższy, przeto dla uniknięcia możliwości przebicia stosunkowo miękkich chrząstek żebrowych wskazane jest nakłuwanie na wysokości międzyżebrzy. Po obraniu miejsca nakłucia, oczyszczeniu skóry, wykonuje się znieczulenie nowokainą, wprowadzając ją podskórnie oraz do okostnej. Po odczekaniu kilku minut wbija się ruchem rotacyjnym igłę prostopadle do powierzchni mostka. Aby zapobiec możliwemu zakażeniu, radzą niektórzy autorzy przebić skórę bardziej z góry lub z boku, a potem przesunąć ją wraz z igłą i wbijać do kości; w ten sposób kanał wkłucia ma przebieg skośny. Już nawet przy niewielkiej wprawie wyczuwa się pokonanie oporu, jaki stanowi 0.5—1—2 mm warstwy części zbitej. Usuwa się mandryn, nakłada strzykawkę i naciąga 0.10—0.20—0.50 cm^3 szpiku, który przedstawia się jako ciecz nieco gęstsza od krwi, tłustawa, zawierająca w sobie drobne strzępki, jakby małe skrzepiki. W chwili pobierania szpiku kostnego odczuwają chorzy nieznaczny ból. Wydobytą treść rozmazuje się na szkiełka i po wysuszeniu barwi, poddając ją w końcu badaniu cytologicznemu. Najpraktyczniejszym sposobem barwienia jest barwienie metodą panoptyczną P a p p e n h e i m a; bardzo często konieczne jest wykonanie odczynów oksydaz lub peroksydaz. Punktat można oczywiście również poddać badaniu bakteriologicznemu lub serologicznemu, co ma duże znaczenie ze względu na to, że szpik kostny jest jedną ze składowych części układu siateczkowo-śródbłonkowego. Szpik kostny, uzyskany drogą nakłucia, może być użyty również do zakładania hodowli szpiku. S c h r e t z e n m a y r poleca dla celów leczniczych w przypadkach ciężkich wtórnych niedokrwistości domięśniowe wstrzykiwania szpiku kostnego uzyskanego bądź od osób zdrowych, bądź dotkniętych wspomnianymi niedokrwistościami. Idąc za radą A m p r i n o i P e n a t i, zamiast sporządzać preparaty mazane, wylewa się szpik kostny na szkiełko zegarkowe a po skrzepnięciu sporządza się preparaty histologiczne. Nie celowy wydaje się również sposób R e i c h a polegający na rozmazywaniu szarego osadu, uzyskanego po odwirowaniu płynnego szpiku kostnego. H e n n i n g i K o r t h przed wykonaniem aspiracji wstrzykują do szpiku małą ilość fizjologicznego roztworu NaCl lub osocza z heparyną, po czym po krótkiej chwili wciągają płyn z powrotem do strzykawki. Ma to znaczenie, zwłaszcza w tych przypadkach, w których sama aspiracja nie wystarcza do wydostania cieczy wskutek zmian utkania szpiku, jak to często bywa przy sprawach białaczkowych. W przypadkach, w których ssaniem nie udaje się uzyskać szpiku kostnego, można wyjąwszy mandryn samą igłą próbować nabrać trochę treści, której nawet mała ilość wystarcza do sporządzania preparatów mazanych. Autorzy argentyńscy (H e i n d e n r e i c h) polecają zamiast nakłuwania mostka nakłucie wyrostków ościstych kręgosłupa lędźwiowego. Nakłucie mostka jest bardzo mało bolesne, a w skali trudności i następstw dla chorego można porównać go z wstrzyknięciem podskórnym. Wykonuje się go często u chorych ambulatoryjnych. Jeśli nakłuwa się ostrożnie, nie używając zbytniej siły, to nawet nie posługując się nasadką

zabezpieczającą nie należy obawiać się przebicia mostka, który przeciętnie ma 1 cm grubości. Przeciwwskazań, za wyjątkiem krwawiączki i ostrych ropnych spraw zapalnych w miejscu nakłutym, praktycznie biorąc, nie ma. Na przeszło 1000 nakłuć, wykonanych w I Klinice Chorób Wewnętrznych U. J. w żadnym przypadku nie było żadnych powikłań, co zgadza się zupełnie z doniesieniami innych autorów. Wspomnieć nadto należy o pewnym wpływie leczniczym samego zabiegu nakłucia mostka oraz ssania szpiku, zwłaszcza w nieco większych ilościach. Arinkin miał po pobraniu 10 cm^3 krwi ze szpiku mostka widzieć poprawę w przypadkach uporczywych niedokrwistości oddziałujących leniwie na leczenie. Inni znów autorzy podawali do szpiku z dobrymi wynikami leki a zwłaszcza preparaty wątrobowe.

Do nakłucia *śledziony* używa się szczelnej strzykawki o pojemności 10 cm^3, zaopatrzonej w dobrze przylegającą igłę długości 5—7 cm, a grubości całkowitej 0.8—1 mm, sporządzoną z nie rdzewiejącej stali. Zarówno strzykawka, jak i igła powinny być suche oraz zupełnie czyste, bez śladu rdzy, która przy małej ilości materiału, uzyskiwanego przez nakłucie dałaby w preparatach straty, uniemożliwiające niekiedy badanie drobnowidowe. Ślady wody, która jest płynem hipotonicznym, wywołać mogą znaczne uszkodzenie, a nawet zniszczenie elementów komórkowych. Wyjaławianie przyrządów przez gotowanie w roztworze fizjologicznym soli kuchennej również nie zapobiega uszkadzaniu elementów komórkowych, ponieważ po kilkuminutowym gotowaniu następuje, rzecz oczywista, zagęszczenie roztworu soli, a płyny hipertoniczne również uszkadzają elementy komórkowe. Igły i strzykawki wyjaławiamy bądź goracym powietrzem, bądź po wyjałowieniu gotowaniem, suszymy przepłukując 96% wyskokiem a potem eterem. Zasada używania przyrządów wysuszonych, pozbawionych rdzy i innych możliwych drobnych złogów, jak np. zwęglonej gazy czy waty, obowiązuje w przypadkach wszystkich nakłuć, których celem jest uzyskiwanie materiału do badań mikromorfologicznych, a szczególnie w przypadkach, gdzie wydobywa się bardzo małą ilość materiału. Nakłuwanie śledziony niepowiększonej, nie dającej się przez powłoki brzuszne wymacać, jest zabiegiem ryzykownym, którego nigdy nie robiono w I Klinice Chorób Wewnętrznych U. J. Ryzyko to praktycznie nie istnieje w przypadkach śledzion powiększonych, macalnych pod łukiem żebrowym. W przypadkach śledzion nieznacznie powiększonych najlepiej położyć chorego na prawym boku, nakłuwając w ostatnim międzyżebrzu w obrębie bezwzględnego stłumienia śledziony. W przypadkach znaczniejszych powiększeń należy chorego ułożyć na wznak, po czym po oczyszczeniu skóry i obraniu miejsca wkłucia, przebija się skórę w ostatnim międzyżebrzu lub, w razie znacznego powiększenia śledziony, poniżej łuku żebrowego, po czym w okresie zatrzymania wdechu przez chorego, wbija się szybkim ruchem igłę do śledziony, pociąga tłok strzykawki, a następnie szybko wyjmuje się igłę. Ponieważ wbicie igły do śledziony odbywać się powinno w okresie wdechu, w czasie unieruchomienia śledziony, przeto zabieg nakłuwania śledziony często napotyka na duże trudności u dzieci, u których często dokonywać go trzeba w znieczuleniu miejscowym. Cały zabieg wbicia igły do śledziony oraz aspiracji powinien odbywać się ile możności krótko. Ilość uzyskanego materiału, jeżeli nakłucie się powiedzie, jest mała, wynosi kropelkę krwawego płynu, tak że w czasie wykonywania nakłucia krew nie powinna pojawiać się w strzykawce, bowiem cały uzyskany materiał mieści się w świetle igły. Większe ilości krwi wywołują znaczną jej domieszkę w preparatach mazanych. Kropelkę uzyskanej krwi rozmazuje się na szkiełkach, po czym barwi, najpraktyczniej metodą panoptyczną Pappenheima. Po nakłuciu powinien chory przez dobę leżeć bez ruchu. Dla zmniejszenia lekkiego kłującego bólu oraz możliwego krwawienia poleca się położenie worka z lodem na lewy bok, a przed samym nakłuciem wstrzyknięcie podskórne adrenaliny, co, stanowiąc właściwie próbę Freya, zaciera, naszym zdaniem, dokładność oceny obrazu drobnowidowego. Powikłaniami mogą być bóle, zakażenia otrzewnej oraz krwotoki. Z powikłań najczęściej występują bóle w lewym podżebrzu, utrzymujące się przez kilka do kilkunastu godzin; towarzyszą im niekiedy nieznaczne podniesienie ciepłoty oraz uczucie znużenia. Dolegliwości te, nawet bez leczenia, same ustępują, a możliwość ich pojawienia się zarówno ze względu na ich charakter, jak i stopień nasilenia nie stanowi przeciwwskazania do nakłuwania śledziony. Zakażenia otrzewnej mogą nastąpić przez wysianie na otrzewnej otworem pozostałym po nakłuciu drobnoustrojów, unieruchomionych czasowo przez ustrój w śledzionie (Popper, Martin, De Quervain). E. Weil, I. Wall i S. Perlès nie widzieli nigdy ani zakażeń otrzewnej, ani zakażeń ogólnych, jako następstw nakłucia śledziony; fakt ten tłumaczą samoistnym zaciskaniem się torebki śledziony, co potwierdził Mélé na autopsji, a autorowie ci na śledzionach operacyjnie usuwanych po nakłuciu, w których nie można było wykryć śladu dokonywanych nakłuć ani na powierzchni ani w obrębie miąższu śledziony. Najgroźniejszym powikłaniem są krwotoki z nakłutej śledziony, które mogą stać się nawet przyczyną skrwawienia. Przyczyną ich bywa zwykle bądź błędna technika nakłuwania, bądź wykonywanie tego zabiegu w przypadkach skaz krwotocznych. Dla uniknięcia wyżej opisanych powikłań należy wstrzymać się z wykonywaniem nakłuwania śledziony w przypadkach podejrzanych o septyczne tło powiększenia śledziony oraz w przypadkach skaz krwotocznych. W obawie przebicia ściany żołądka lub jelita nie należy również nakłuwać śledzion, które choć powiększone i dobrze macalne, w miejscu planowanego nakłucia okazują przy badaniu wypuk bębenkowy.

Najłatwiejszym i najniewinniejszym zabiegiem jest nakłucie *gruczołów chłonnych obwodowych*. Wyjątek stanowić tu mogą gruczoły położone w bliskim sąsiedztwie dużych naczyń tętniczych lub pni nerwowych oraz małe rozmiary samych gruczołów, które leżąc luźno pod skórą uciekają po prostu przed igłą. Gruczoły rozmiękające lub chełboczące należy oczywiście nakłuwać w miejscu odległym w ten sposób, by kanał wkłucia był skośny, co do pewnego stopnia zapobiega przypuszczalnemu zakażeniu wtórnemu oraz wytworzeniu się przetoki. Nakłucie wykonujemy zwykłą, niezbyt cienką igłą, używaną np. do wstrzykiwań domięśniowych. Sam zabieg jest bardzo mało bolesny tak, że tylko wyjątkowo znieczulamy miejscowo nowokainą. Po wbiciu igły nasadzonej na strzykawkę do badanego gruczołu chłonnego staramy się przez kilkakrotne pociąganie tłoka aspirować treść gruczołu chłonnego. Niekiedy, zwłaszcza w przypadkach twardych gruczołów chłonnych, nie zaprzestając aspiracji i nie wyjmując igły, nakłuwamy gruczoł w kilku kierunkach. Ilość uzyskanej treści jest, jeżeli nakłucie się powiedzie, przeważnie niewielka, wynosi kropelkę cieczy, czasem nawet tylko małą grudkę tkanki tkwiącą w igle. W przypadkach rozmiękania lub ropienia można oczywiście uzyskać kilka, czy kilkanaście cm^3 płynu ropnego lub ropiastego. Ciecz rozmazujemy na szkiełkach, po czym po zabarwieniu, najpraktyczniej metodą panoptyczną Pappenheima, badamy cytologicznie.

Również bardzo prostym, nie wymagającym nawet szerszego omówienia jest pobieranie materiału z nacieków np. białaczkowych w *skórze, z tkanki podskórnej* oraz *guzów nowotworowych*, leżących bądź powierzchownie bądź głębiej, a dostępnych nakłuciu w czasie wykonywania zabiegów operacyjnych. Nakłucia guzów nowotworowych wykonywane są w I Klinice Chorób Wewnętrznych U. J. celem badania cytologicznego komórek nowotworowych.

Do nakłucia *wątroby* używamy szczelnej strzykawki na 10 cm^3, zaopatrzonej w dobrze przylegającą ostrą igłę ze stali nie rdzewiejącej, długości 10 cm, a grubości od 0.5—1 mm. Zarówno strzykawki, jak i igły muszą być zupełnie czyste, wyjałowione i suche. Nakłuwanie wątroby odbywa się w miejscu zależnym od wyników badania fizycznego. Wykonywane być może np. w miejscach podejrzanych o zmiany patologiczne w miąższu wątrobowym, jak np. nierówności powierzchni wątroby, guzy. Najodpowiedniejszymi miejscami do nakłuwania wątroby są ostatnie międzyżebrza w przedniej lub środkowej linii pachowej (Bufano). Schupfer poleca nakłuwanie w miejscach odpowiadających górnej granicy stłumienia wątrobowego, nakłuwając jednak na tej wysokości, przebijamy opłucną dwukrotnie, często nawet miąższ płucny, co nie jest obojętne dla chorego, a nadto nabieramy do igły „po drodze" elementy komórkowe z opłucnej i miąższu płucnego. Nakłuwanie wątroby poniżej łuku żebrowego oraz bardziej ku linii środkowej lub ku tyłowi jest zabiegiem niebezpiecznym, ze względu na możliwość przebicia większych pni naczyniowych, dróg żółciowych, nerki, ścian przewodu pokarmowego itd. Chorego układamy na grzbiecie lub na lewym boku z ręką prawą założoną pod głowę. Po oznaczeniu miejsca wkłucia i oczyszczeniu skóry każemy choremu zatrzymać oddech, po czym szybko jednym ruchem wbijamy prostopadle igłę w całej prawie jej długości, szybkim ruchem pociągamy tłok strzykawki, po czym wyciągamy igłę. Cały zabieg nakłucia wątroby powinien odbywać się krótko w okresie bezdechu. Drobną zawartość igły wystrzykujemy na szkiełko, a dla uniknięcia miażdżenia elementów wątrobowych rozmazujemy pręcikiem szklanym, po czym w 10 minut po wyschnięciu preparatów barwimy. Nie należy zbyt długo suszyć rozmazów punktatu wątroby, bo, jak dowiedli autorowie francuscy Mayer, Schaeffer i Rathery, już w $^1/_2$ godziny po wyschnięciu ulegają komórki wątrobowe dużym zmianom morfologicznym. Ponieważ nakłuwanie wątroby ma na celu badanie również do pewnego stopnia stanu czynnościowego jej ko-

mórek, przeto prócz barwienia preparatów metodą panoptyczną Pappenheima możemy stosować inne sposoby barwienia. Np. dla badania tłuszczów barwimy rozmazy Sudanem III, glikogen stwierdzamy metodą Besta lub Langhansa. Możemy również badać na ciała skrobiowate. Komórki Kupfera uwidoczniamy wyzłacaniem itd.

Po nakłuciu powinien chory leżeć przez dobę bez ruchu. Ze spostrzeżeń w I Klinice Chorób Wewnętrznych U. J., dokonanych w czasie nakłuwania wątroby na ludziach umierających, a potwierdzonych sekcyjnie, wynika, że kanał wkłucia jest bardzo wąski, często trudno go w czasie nekroskopii znaleźć, zranienia zaś samego miąższu wątrobowego bądź również nie można wykryć, bądź jest ono bardzo małe, w postaci cienkiego kanalika wnikającego na 2—5 cm w miąższ wątrobowy. W jednym tylko przypadku ciężkiej niedokrwistości z towarzyszącą skazą krwotoczną po nakłuciu wątroby, dokonanym na umierającej kobiecie, stwierdzono pozaotrzewny plackowaty skrzep na górnej powierzchni wątroby.

Celem uniknięcia powikłań nie należy przede wszystkim posługiwać się grubszymi igłami. Stosowanie igieł grubości już 1.8—2 mm (Schupfer) ma być według Froli, na podstawie przypadków potwierdzonych sekcyjnie, niebezpieczne przede wszystkim ze względu na możliwość wywołania krwotoków. W I Klinice Chorób Wewnętrznych U. J. poza wspomnianym przypadkiem, w innych przypadkach poza lekkim pobolewaniem utrzymującym się przez kilkanaście godzin, nie widziano żadnych powikłań. Z powikłań przy prawidłowo wykonanym nakłuciu wymienić należy niebezpieczeństwo krwotoków, możliwość zakażenia otrzewnej, opłucnej lub zakażenia ogólnego, co może zwłaszcza nastąpić przy przypadkowym nakłuciu ropnia wątroby. W piśmiennictwie opisano ponad 20 sekcyjnie potwierdzonych przypadków krwotoków śmiertelnych, które powstały w następstwie nakłucia wątroby. Jednakże we wszystkich tych przypadkach da się, ściśle rzecz biorąc, dopatrzyć przyczyny bądź w wadliwej technice nakłuwania, bądź w mylnych wskazaniach. W szeregu przytoczonych przypadków śmiertelnych nakłucia były wielokrotne, dokonywane niekiedy poza najodpowiedniejszym miejscem do nakłuwania, tj. ostatnimi międzyżebrami w liniach pachowych, przy istnieniu poważnej niedomogi wątroby, czemu, jak wiadomo, towarzyszy skaza krwotoczna. Zakażenia, stanowiące również bardzo niebezpieczne powikłania, opisano bądź jako powstające przez wprowadzenie igłą do miąższu wątrobowego (Pervès i Oudard) drobnoustrojów z zewnątrz, bądź przez nakłucie ropni wątroby. Kanałem nakłucia wypływać może ropa do większych dróg żółciowych, do jamy otrzewnej, niekiedy opłucnej lub poprzez przypadkowo zranione większe naczynie żylne do krwi (Henderson, Le Roy Des Barres). Stosowane zwłaszcza w koloniach od szeregu lat przez autorów angielskich i francuskich nakłuwania ropni wątroby, występujących często w przebiegu różnych chorób tropikalnych, może budzić poważne zastrzeżenia właśnie z powodu możliwości wywołania ogólnego zakażenia. Przypadkowe zranienie, czy to dużych dróg żółciowych, czy innych narządów, leżących poza wątrobą, może być również źródłem szeregu najrozmaitszych powikłań. Opisane przez Zancarola i Imberta przypadki śmierci przez wprowadzenie powietrza do żył podwątrobowych nie mogą się zdarzyć przy nakłuwaniu wątroby igłą nasadzoną na strzykawkę, przy wykonywaniu jedynie aspiracji. Przeciwwskazania do nakłucia wątroby będą stanowić przypadki daleko posuniętej niedomogi wątroby, występującej w przebiegu ciężkich żółtaczek, skazy krwotoczne bez względu na ich tło, ropnie wątroby oraz ostre sprawy zapalne miąższu wątrobowego.

Piśmiennictwo:

1) Arinkin: Fol. haematol. 38, 233, 1929. — 2) Arjeff: Fol. haematol. 45, 55, 1931. — 3) A. Domarus: Klin. Woch. Nr 16. 1937. — 4) H. Fleischhacker i R. Klima: Münch. Med. Woch. Nr 17, 1937. — 5) E. Frola: Il puntato epatico nella diagnosi delle malattie del fegato. Luigi Pozzi. Roma, 1935. — 6) E. Frola: La Presse méd. Nr 60, 1935. — 7) Giraud i Gaubert: La Presse méd. Nr 21, 1937. — 8) Gradwohl: The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Nr 10, 1937. — 9) A. J. Heindenreich i G. L. Heindenreich: La Prensa Med. Argent. Vol. XXXIII. 51. pag. 2818. — 10) K. Helpap: Klin. Woch. Nr 16, 1937. — 11) Jaffé: The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Nr 2, 1936. — 12) J. Mallarmé: Le Sang. Nr 8, 1937. — 13) S. Perlès: Paris Médical. Nr 38, 1935. — 14) A. Schretzenmayr: Klin. Woch. Nr 29, 1937. — 15) H. Schulten: Die Sternalpunktion als diagnostische Methode. G. Thieme, 1937. — 16) E. Segerdahl: Über Sternalpunktionen. Upsala 1935. — 17) F. Toullec i P. Huard: Le Monde Médical. Nr 873, 1935. — 18) E. Weil, I. Wall, S. Perlès: La ponction de la rate. Paris, 1936. — 19) Weil, I. Wall, S. Perlès: La Presse Méd. Nr 80, 1936.

A. LANDAU, Jakub BAUER i J. RUTKIEWICZ Warszawa

Ciężka niedokrwistość nadbarwliwa hemolityczna w przebiegu pierwotnego zniekształcającego gośćca stawowego

Z I Oddziału Wewnętrznego Szpitala Wolskiego w Warszawie
Kierownik Dr A. Landau

Chora K. Z., lat 46, przybyła na Oddział dnia 27. V. 1936 r. Przed trzema laty chorej zaczęły dokuczać silne bóle w członkach, a mianowicie: w stawach kolanowych, skokowych, biodrowych, śródręczno-palcowych, nadgarstkowych, łokciowych i ramiennych, bez obrzęku i zaczerwienienia; gorączkowała wówczas podobno do 39°; wraz ze sprawą stawową wystąpiło ogólne osłabienie, kołatanie i pokłuwanie serca przy wysiłkach, zawroty głowy oraz nieokreślone pobolewanie w prawym podżebrzu, przy czym skóra przybrała zabarwienie blade z odcieniem cytrynowym. Po 7-tygodniowym leczeniu w Szpitalu Dz. Jezus, podczas którego otrzymywała przetwory salicylowe i wątrobowe, wypisała się w dobrym stanie z 5-kilogramowym przybytkiem na wadze. Jednak po ½ roku silne bóle w stawach skokowych i nadgarstkach wróciły, zjawiło się znowu ogólne osłabienie, dolegliwości w sercu po wysiłku, zawroty, bladość i gorączka do 39°; 3-miesięczne leczenie szpitalne, jak poprzednio, przywróciło chorej zdolność do pracy i dobre samopoczucie na przeciąg blisko roku. Przed 1½ rokiem wystąpiło trzecie z kolei nasilenie chorobowe: postępujące osłabienie ogólne, chudnięcie, bladość, zawroty i uderzenia do głowy, bicie serca i duszność po wysiłku, drętwienie stóp, palenie języka, brak łaknienia, puste odbijania i nieczęste wymioty na czczo treścią wodnistą; jednocześnie z tymi dolegliwościami pojawiły się znów bóle w stawach, zwłaszcza nadgarstkowych i skokowych, wzmagające się przy ruchach i na zmianę pogody; chora nie odczuwała i nie mierzyła gorączki.

Od 3½ lat brak miesiączki; zaburzenia w miesiączkowaniu przypadają na czas wystąpienia dolegliwości stawowych oraz ogólnego osłabienia. 1 poród prawidłowy, nie roniła, upławów nie ma. Mocz i stolec oddaje prawidłowo. Tasiemca w kale nie zauważyła. Na gardło nie chorowała.

Stan chorej po przybyciu na Oddział. Ciepłota 37,1°, tętno 100 na minutę, słabo wypełnione i napięte, oddechów 21 na minutę, ciśnienie tętnicze 120/80, ciężar ciała 37.7 kg. Wzrost średni, budowa wątła, stan odżywienia upośledzony. Zabarwienie powłok skórnych wybitnie blade z odcieniem cytrynowym, ślad obrzęku na krzyżu; śluzówki blade, spojówki gałkowe z odcieniem żółtawym. Gruczoły chłonne niepowiększone. Znaczne braki w uzębieniu. Migdałki z kryptami, z których jednak nic nie daje się wycisnąć, małe, blade. Język o zachowanych brodawkach, niewygładzony, z licznymi pęknięciami na krawędziach. Tarczyca prawidłowo macalna. Klatka piersiowa długa, niezupełnie symetryczna: niewielkie skrzywienie prawostronne kręgosłupa piersiowego. Trzon mostka bolesny przy opukiwaniu i ucisku. Granice płuc prawidłowe, wdech zaostrzony, wydech wydłużony, sporo furczeń. Uderzenie koniuszkowe serca macalne w piątej przestrzeni nieco na wewnątrz l. środkowo-obojczykowej; granice opukowe serca prawidłowe; przy koniuszku 2 tony, pierwszy mocny, niezupełnie czysty; nad tętnicą główną i w tętnicach szyjnych pierwszy ton nieczysty, drugi akcentowany; *bruit de diable* w żyłach szyjnych. Brzuch wysklepiony na poziomie klatki piersiowej; wzmożone napięcie obu górnych połów mięśni prostych brzucha; nie stwierdza się bolesności uciskowej. Wątroba znacznie powiększona: prawy płat sięga prawie do poprzecznej linii pępkowej; brzeg wątroby jest ostry, spoistość nieco wzmożona, powierzchnia gładka, tkliwość przy ucisku zaznaczona. Śledziona jest duża i wystaje na szerokość dłoni z pod łuku żebrowego, dochodząc brzegiem przyśrodkowym do przedłużonej linii środkowo-obojczykowej; górna granica opukowo VIII żebro; brzeg śledziony jest zaokrąglony z wyraźnie macalnymi wrębami, spoistość wzmożona, tkliwość uciskowa nieznaczna, ruchomość oddechowa ku przodowi i dołowi wyraźna. Lewa źrenica prawidłowa, prawa niezupełnie okrągła, na światło oddziaływuje dość leniwie; odruchy ścięgniste i okostnowe kończyn górnych żywe, kolanowe zachowane, Achillesowe nieobecne, brzuszne obecne, Babiński (—); nieznaczne upośledzenie czucia bólu i dotyku nad sutkami. Narząd ruchu: mięśnie pasa barkowego i kończyn dolnych w stanie zan-

ku, który zaznacza się najwybitniej w okolicy śródręczy; w stawach dłoni stwierdzić się dają zmiany zniekształcające, jako znaczne zgrubienia nadgarstków i stawów śródręczno-palcowych oraz pierwszych stawów międzypaliczkowych 3. i 4. palców, z ograniczeniem w nich ruchów. Zmiany stawowe dotyczą symetrycznie obu dłoni, przy czym zarówno dłonie w całości, jak i palce w stosunku do śródręczy, są skrzywione i odchylone skośnie w kierunku kości łokciowych; torebki zajętych stawów są napięte, a chełbotanie przy ucisku wskazuje na obecność w nich płynu; stawy dotknięte są na ucisk wyraźnie bolesne. W kończynach dolnych wybitne zgrubienie stępu, stopy płaskie, ustawione koślawo.

Prześwietlenie klatki piersiowej, poza niskim ustawieniem punktu G na lewym zarysie serca, nie wykazało zmian.

Opadanie krwinek (Westergreen) przyśpieszone: w 1. godz. — 38, w 2. godz. — 85. Odczyn Wassermanna we krwi ujemny. Mocz niecewnikowany: mętnawy, żółty, ciężar gatunkowy 1,013, kwaśny; białko 0,3‰, urobilinogen (+), do 20 leukocytów w polu widzenia.

Morfologia krwi: Hgl. 42% czerwonych krążków 1,700.000, wskaźnik barwny 1,16, białych ciałek 2.800 z wzorem: tucznych 0%, kwasochł. 1%, obojętnochł. 69% (w czym o jądrze pałeczkowatym 6%), limfoc. 28%, jednojądrz. 2%; retikulocytów 0,3%; niewielka polichromatofilia czerwonych krążków, poikilocytoza, wyraźna anizocytoza, makro- i mikrocytoza (średnica czerw. kr.: mks. 11.4 μ, minim. 5,7 μ, przeciętna 9,5 μ, a więc przewaga makrocytów wyraźna); megalocytów nie stwierdzono, jak również jądrzastych postaci czerwonych krążków.

Zgłębnikowanie żołądka: na czczo treści nie wydobyto; po próbnym śniadaniu Boas-Ewalda w 40 min. 40 cm³ treści, zawierającej źle rozdrobnioną bułkę; część płynna stanowi 1/4 objętości; HCl wolny — 0, kwasota ogólna — 10, kwas mlekowy nieobecny, próba benzydynowa ujemna.

Przebieg kliniczny. Celem wstępnej obserwacji, przepisano chorej kwas solny z pepsyną, zastrzykiwania kakodylanu sodu ze strychniną. W okresie od dnia 25. V. do 2. VI. wahania ciepłoty wynosiły 37,1°—37,5°, tętno około 100 na minutę. Osłabienie ogólne i palenie języka trwały nadal. Łaknienie nieco się poprawiło; bóle stawowe nie występowały. Ponowne badanie morfologiczne krwi (dnia 4. VI.) nie wykazało zmian istotnych w porównaniu z poprzednim: znaczna niedokrwistość nadbarwliwa z obecnością wyraźnych cech zwyrodnienia czerwonych krążków (anizo-poikilocytoza) i z bardzo słabymi objawami odnowy (niski poziom retikulocytozy, słabo zaznaczona polichromatofilia, brak jądrzastych postaci czerwonych krążków), bez megalocytozy, trwała nadal, podobnie, jak wyraźna leukopenia (2.500 białych ciałek w 1 mm³), której nie towarzyszyły zmiany jakościowe wzoru. Liczba płytek Bizzozero w 1 mm³ wynosiła 200.000, a więc była prawidłowa, podobnie, jak ich barwliwość, ukształtowanie, rozmiary i zdolności zlepne. Badanie na skazę krwotoczną wykazało stosunki prawidłowe: czas krwawienia (Duke) 1,5 min., czas krzepnięcia (Bürcker) 8 min., objaw opaskowy ujemny.

Równocześnie z badaniem morfologicznym krwi obwodowej wykonano dnia 4. VI. nakłucie mostka wg Arinkina (wespół z drem Gryfenbergem). Badanie punktatu szpikowego (którego dokładny opis zawarty jest w tabl. II) stwierdziło stosunki następujące:

W obrazie czerwonym uderzała obfitość postaci jądrzastych, których ogólna liczba sięgała 78,4% liczby białych ciałek, czyli znacznie przekraczała normę, wynoszącą wg większości autorów kilkanaście %. Ilości proerytroblastów, erytroblastów (przeważnie makroblastów) i normoblastów były mniej więcej równe. Megalocytów, jak również typowych megaloblastów, nie stwierdzono, zastrzegamy się zresztą, iż przy braku megalocytów różniczkowanie morfologiczne pomiędzy proerytroblastami (których średnica w naszym przypadku sięgała 30—40 μ) a megaloblastami w punktacie szpikowym jest, naszym zdaniem, niemożliwe, chyba że stwierdza się megaloblasty zupełnie typowe, owalne, o zarodzi zasadochłonnej, wielobarwliwej lub ortochromatycznej, wybitnie bogatej w hemoglobinę, z odśrodkowo umieszczonym jądrem o budowie starszej, czego w naszym przypadku nie było. Opisanych przez Schultena w przypadkach niedokrwistości Biermera skupień proerytroblastów nie stwierdziliśmy.

Biały obraz punktatu, pomimo istniejącej leukopenii obwodowej, nie wykazywał upośledzenia leukopoezy szpikowej: zawartość myeloblastów (10%) była prawidłowa, a promyelocytów obojętnochłonnych (12,4%) nawet przekraczała nieco normę (od 1% do 9,5%). Ogólna ilość myelocytów (11,2%) mieściła się w granicach prawidłowych. Olbrzymie ciałka obojętnochłonne (o średnicy do 30 μ) z jądrem pałeczkowatym, których liczne występowanie jest wg Tempki i Brauna charakterystyczne dla niedokrwistości Biermera, stwierdziliśmy zaledwie nieliczne na preparacie. Obojętnochłonnych o nadmiernie podzielonym jądrze nie wykryto. Odsetek limfocytów (15,6%) w szpiku naszej chorej był prawidłowy, jeśli opierać się na większości statystyk (Arinkin, Nordenson, Rohr, Segerdahl, Weiner i Kaznelson, — zawartość od 7,3% do 38%); wg Tempki i Brauna ilość limfocytów w prawidłowym szpiku wynosi tylko 2,6—3,2% (zwiększenie się tej ilości autorzy ci stwierdzali w niedokrwistości złośliwej).

W obrazie płytkowym zasługuje na podkreślenie niezmniejszona ilość megakariocytów, równa 1,4% (dane piśmiennicze, dotyczące ich prawidłowej zawartości w szpiku, wykazują znaczną rozpiętość: od 0,03% wg Segerdahl do 6,1% wg Arinkina); ilość płytek była również prawidłowa. Normalna zawartość megakariocytów w szpiku naszej chorej nabiera szczególnego znaczenia wobec faktu, iż w niedokrwistości Biermera jest ona zwykle wybitnie niska (Naegeli w swej diagnostyce różniczkowej twierdzi, iż obecność licznych megakariocytów w szpiku stanowczo przemawia przeciwko niedokrwistości Biermerowskiej).

Streszczając przytoczone wyżej wyniki, dnia 4. VI. stwierdziliśmy w szpiku naszej chorej obraz nadczynności typu erytroblastycznego (normo-makroblastycznego wg terminologii Debré, Lamy i Sée), przejawiającej się w zwiększonej zawartości jądrzastych ciałek krwi, z wysokim poziomem bazochłonnych proerytroblastów i erytroblastów; obraz ten wykazywał ożywioną odnowę leuko- i tromboplastyczną, o czym świadczyła duża ilość młodych obojętnochłonnych i megakariocytów.

Zaznaczymy od razu na tym miejscu, iż w punktacie szpikowym naszej chorej stwierdziliśmy pewne cechy, niespotykane w nieleczonej ciężkiej niedokrwistości Biermera, a mianowicie: brak megaloblastów i megalocytów, prawidłową ilość normoblastów oraz megakariocytów, poza tym brak wyraźnego zwiększenia ilości olbrzymich obojętnochłonnych o jądrze pałeczkowatym.

Badanie oporności czerwonych krążków we krwi obwodowej, wykonane jednocześnie z badaniem morfologicznym krwi i punktatu szpikowego, stwierdziło wyraźne jej zmniejszenie H_3 — 0,38%, H_1 — 0,54%; badanie bilirubinemii wykazało próbę bezpośrednią v. d. Bergha ujemną, a pośrednią w wysokości 1,5 jednostek (= 7,5 mg w litrze).

Badanie kału dało wynik prawidłowy, w szczególności krwi utajonej i jaj pasożytów nie stwierdzono. W moczu cewnikowanym: 0,2‰ białka, urobilinogen (+), 2—3 leukocyty w polu widzenia.

Zalecono dodatkowo zastrzykiwania domięśniowe sykotonu Spiessa po 4 cm³ co dzień oraz nalewkę jabłkanu żelaza 3 razy dziennie po 15 kropel.

Dnia 7. VI., a więc w 3 dni po poprzednim badaniu krwi i po 3 zastrzyknięciach sykotonu, badanie morfologiczne wykazało przy nadal bardzo niskim poziomie hemoglobiny i czerwonych krążków (42% i 1,400.000, przy wskaźniku barwnym 1.35!) — nagły podskok zawartości retikulocytów z 0,3% na 4%; ilość białych ciałek była nadal niska (2.500), we wzorze leukocytowym uderzał wysoki odsetek obojętnochłonnych = 78%; krążki czerwone przedstawiały się na preparatach barwionych, jak w badaniach poprzednich.

Dnia 9. VI. badanie okulistyczne (dr Endelman) stwierdziło obraz dna niedokrwistego *(fundus anaemicus).*

Dnia 10. VI., a więc po 5 zastrzyknięciach sykotonu, we krwi występuje wybitny przełom retikulocytowy (18%!) przy niewielkim wzroście hemoglobiny i czerwonych krążków (do 48% i 1,600.000, przy wskaźniku barwnym nadal równym 1.35); ilość białych ciałek nieznacznie wzrosła, pozostając jednak nadal niska (2.800); obraz czerwonych krążków i wzór leukocytowy nie wykazały istotnych zmian w porównaniu z poprzednim badaniem sprzed 3 dni (odsetek kwasochłonnych z 1% wzniósł się do 2%); płytki nadal nie wykazywały zmian.

W tym drugim tygodniu pobytu szpitalnego samopoczucie chorej jest coraz lepsze, bóle stawowe nie dokuczają; wahania ciepłoty dochodzą jednak do 37,7°, tętno jest nadal słabo napięte i wypełnione, sięga 100 uderzeń na minutę, poza tym stan przedmiotowy bez zmian. Co do leczenia, chora otrzymuje co dzień 4 cm³ sykotonu dopośladkowo, kakodylan sodu podskórnie, kwas solny i krople z żelazem doustnie; wątroby *per os* chora celowo na razie nie dostawała.

W trzecim tygodniu leczenia szpitalnego (od dnia 11. VI. do dnia 17. VI.) ciepłota ciała wraca do poziomu prawidłowego, tętno zwalnia się do 80 na minutę, ilość oddechów do 16 na minutę, w samopoczuciu i wyglądzie chorej zaznacza się wyraźna poprawa: palenie języka, zawroty i mroczki nie występują, łaknienie poprawia się znakomicie, chora chodzi bez trudu; ciężar ciała wzrasta o 1½ kg, pomimo że nieznaczne obrzęki, stwier-

Tablica I
Morfologia krwi obwodowej

Lp.	Data	Hemoglobina	Czerw. krążków	Wskaźn. barwny	Białych ciałek	Tucznych	Kwasochł.	Obojętnochł. myelocytów	metamyelocytów	o jądrze pał.	o jądrze segm.	Limfocytów	Monocytów	Retikulocytów	Płytek	Na preparatach mazanych i barwionych wg Pappenheima
1	28. V.	42%	1,700.000	1,16	2.800	—	1,0	—	—	6,0	63,0	28,0	2,0	0,3%	norma	niewielka polichromatofilia, poikilocytoza, anizocytoza (makro-, mikro-). Średn. maks. 11,4 μ, min. 5,7 μ, przec. 9,5 μ.
2	4. VI.	43%	1,600.000	1,20	2.500	1,0	1,0	—	—	4,0	67,0	26,0	1,0	0,3%	200.000	niewielka polichromatofilia, poikilocytoza, anizocytoza (makro-, mikro-).
3	7. VI.	42%	1,400.000	1,35	2.500	—	1,0	—	—	6,0	72,0	20,0	1,0	4%	norma	„
4	10. VI.	48%	1,600.000	1,35	2.800	1,0	2,0	—	—	8,0	67,0	21,0	1,0	18%	norma	„
5	13. VI.	56%	2,100.000	1,17	4.000	1,0	3,0	—	—	7,0	64,0	24,0	1,0	10%	norma	„
6	15. VI.	65%	2,200.000	1,32	4.000	1,0	3,0	—	—	5,0	67,0	24,0	—	5%	norma	„
7	18. VI.	67%	2,200.000	1,35	4.800	—	2,0	—	—	7,0	68,0	22,0	1,0	4%	norma	coraz mniejsza poikilocytoza i anizocytoza, cofanie się zwłaszcza mikrocytozy.
8	20. VI.	68%	2,400.000	1,18	5.000	1,5	3,5	—	—	6,0	61,0	27,0	1,0	3%	norma	
9	23. VI.	71%	2,650.000	1,18	5.000	—	5,0	—	—	4,0	71,0	19,0	1,0	2%	norma	
10	26. VI.	79%	3,170.000	1,08	5.400	—	5,0	—	—	1,0	73,0	19,0	2,0	3%	norma	poikilocytoza prawie znikła; anizocytoza tylko w kierunku makrocytozy, nieznaczna.
11	30. VI.	79%	3,500.000	0,99	6.200	1,0	5,5	—	—	2,0	71,0	19,0	2,5	2%	norma	„
12	4. VII.	80%	3,750.000	0,98	8.200	—	5,0	—	—	5,0	70,0	20,0	—	3%	norma	„ średnica czerw. krw.: maks. 9,8 μ, min. 6,9 μ, przec. 8,5 μ.
13	18. VII.	80%	3,800.000	1,0	6.100	1,0	2,0	—	—	3,5	69,0	23,5	1,0	1,1%	norma	anizo-poikilocytoza prawie znikła.

Tablica II
Badanie szpiku mostka

		Dnia 4. VI. 1936	Dnia 13. VII. 1936
Czerwonych krążków w 1 mm³		1,495.000	4,230.000
Białych ciałek w 1 mm³		43.600	14.400
Hemoglobiny		44%	90%
Wskaźnik barwny		1.34	1.03
Płytek w 1 mm³		150.000	170.000
Proerytroblasty		31.0%	2,5%
Erytro (makro-) blasty		36,5%	32,0%
Normoblasty		32,5%	65,5%
Ilość jądrzastych czerw. krw. stanowi w stosunku do ilości białych ciałek		78,4%	7,6%
Myeloblasty		10,0%	0,8%
Promyelocyty	kwasochł.	0,2%	—
	obojętnochł.	12,4%	1,6%
Myelocyty	zasadochł.	—	—
	kwasochł.	1,2%	—
	obojętnochł.	10,0%	3,6%
Metamyelocyty	zasadochł.	—	—
	kwasochł.	—	—
	obojętnochł.	10,0%	2,8%
Pałeczkowatojądr.	obojętnochł.	20,2%	9,8%
Segmentowanojądr.	zasadochł.	0,6%	—
	kwasochł.	2,4%	3,4%
	obojętnochł.	14,6%	53,0%
Limfocyty		15,6%	22,8%
Monocyty i przejściowe		1,0%	2,4%
Śródbłonki		0,4%	0,4%
Plazmatyczne		—	—
Megakariocyty		1,4%	—
		Przeważająca ilość erytroblastów należy do makroblastów o zarodzi zasadochł.; anizo- (mikro-, makro-) cytoza, nieznaczna poikilocytoza, dość liczne polichromatofile, dość częsta *kariorrhexis* lub wyrzucanie jądra z normoblastów, zrzadka nakropienie zasadochłonne czerw. krążków. Duże obojętnochłonne z jądrem pałeczkow., nieliczne na preparacie. W licznych obojętnochłonnych — wodniczki w zarodzi. Postacie Gumprechta dość liczne. Płytki bez zmian.	Nieznaczna anizocytoza (makro), nieznaczna poikilocytoza, zaznaczona anizochromia, polichromatofilów brak. Płytki bez zmian, barwią się dobrze, leżą luzem lub w skupieniach.

dzane uprzednio, ustąpiły. Badanie morfologiczne krwi dnia 13. VI i 15. VI. wykazuje wyraźny i ciągły wzrost poziomu hemoglobiny i czerwonych krążków (do 65% i 2,200.000, przy utrzymującej się nadbarwliwości ze wskaźnikiem = 1,32); leukopenia maleje (ilość białych ciałek = 4.000); hemogram w ogóle nie wykazuje zmian w porównaniu z poprzednimi badaniami, poza wzrostem odsetka kwasochłonnych do 3%; poziom retikulocytów, pozostając nadal wysoki (10% i 5%), wykazuje już pewną skłonność do spadku w porównaniu ze szczytem krzywej retikulocytowej z dnia 10. VI. (18%). Zawartość wapnia w osoczu była prawidłowa i wynosiła 10,8 mg %. Białkomocz ustąpił, w moczu poza zwiększeniem urobilinogenu (++) nie stwierdzono nic szczególnego; badanie czynnościowe nerek wykazało zupełną ich sprawność.

Badanie frakcjonowane treści żołądkowej wykazało trwanie bezsoczności: na czczo wydobyto zgłębnikiem Einhorna 20 cm³ treści bezbarwnej, ciągnącej się, nie zawierającej kwasu solnego wolnego, o kwasocie ogólnej = 10; kwas mlekowy nieobecny; próba benzydynowa ujemna; w osadzie nieliczne leukocyty i śluz;

po śniadaniu kofeinowym:	L	A
w 1/2 godz.	0	8
w 1 godz.	0	3
w 1 1/2 godz.	0	4
w 2 godz.	0	4
w 2 1/2 godz.	0	5
w 3 godz.	0	8

Czerwień obojętna (1% 5 cm³ dopośladkowo) w ciągu 2 godzin nie ukazała się w treści żołądkowej, co dobitnie wskazywało na stan zanikowy śluzówki żołądka.

W czwartym tygodniu leczenia szpitalnego (od dnia 18. VI. do dnia 25. VI.) badania krwi zostały wykonane dnia 18, 20 i 23. VI., wykazując dalszy nieznaczny wzrost poziomu hemoglobiny i czerwonych krążków (do 68% i 2,650.000) przy stopniowo malejącej nadbarwliwości (wskaźnik barwny 1,18); ilość ciałek białych nadal prawidłowa (5.000); eozynochłony wykazują wyraźne zwiększenie (5%), natomiast zaznacza się spadek poprzednio znacznie zwiększonej ilości retikulocytów do 2%; na preparatach barwionych poikilocytoza i anizocytoza znacznie mniejsze, rzecz charakterystyczna: cofa się, zwłaszcza mikrocytoza. Samopoczucie chorej zupełnie dobre. Przedmiotowo: *bruit de diable* znikł, odruchy Achillesowe, poprzednio nieobecne, dają się wywołać; wątroba zmniejszyła się (prawy płat na 2 palce, o spoistości zwykłej, brzegu ostrym); podbarwienie żółtawe skóry i spojówek ustąpiło; wymiary śledziony powiększone, jak poprzednio.

W piątym tygodniu leczenia, dla przyśpieszenia poprawy, zalecono chorej dodatkowo 150 g wątroby co dzień (sykoton podawano nadal bez przerwy do dnia 4. VIII., czyli przez 2 miesiące). Badania morfologiczne krwi dnia 26. VI. i 30. VI. wykazały coraz znaczniejszy wzrost ilości czerwonych krążków (do 3,500.000), wyprzedzający poprawę hemoglobiny (do 79%), dzięki czemu wskaźnik barwny spadł do 1,08, a wreszcie do 0,99; poikilocytoza prawie ustąpiła, anizocytoza zmniejszyła się znacznie (pozostała makrocytoza), retikulocytoza pozostawała na poziomie 2%, natomiast eozynofilia wzrosła do 5.5%; ilość leukocytów powoli się zwiększała (do 6.200), a wzór ich — poza eozynofilią — nie wykazywał zmian.

Ze względu na utrzymujące się stale powiększenie śledziony, wykonano próbę adrenalinową. Po zastrzyknięciu podskórnym 1 cm³ 1‰ roztworu adrenaliny (dnia 26. VI), wymiary śledziony zmniejszyły się znacznie, tak, iż pozostał macalny tylko jej rąbek; po 40 minutach wymiary powróciły do początkowych; ilość leukocytów w 1 mm³ krwi wynosiła 5.400, wznosząc się po 15 minutach do 19.000, przy czym odsetek limfocytów wzrósł do 35% (z początkowych 19%); po 60 min. ilość leukocytów spadła do 9.800, a limfocytoza zmniejszyła się do 28%. Dwa objawy poadrenalinowe: dobra kurczliwość śledziony i wyraźnie zaznaczona limfocytowa leukocytoza — wskazywały, iż powiększenie śledziony w naszym przypadku nie zależało od zmian jej zrębu łącznotkankowego i znajdowało się w związku z przerostem miazgi i jej przekrwieniem.

W omawianym okresie zasługuje na uwagę powrót urobilinogenu w moczu do normy.

W ciągu następnych dwu tygodni (6. i 7. tydzień leczenia szpitalnego, od dnia 1. VII. do dnia 14. VII) krzywa ciepłoty wahała się przeważnie około 37°, tętno wynosiło 76—78 na minutę, ciśnienie tętnicze 125/60, wymiary śledziony zmniejszyły się (dolny brzeg na 2 palce spod łuku). W końcu tego okresu wystąpił nawrót bólów w stawach nadgarstkowych. Badanie morfologiczne krwi dnia 4. VII. dało wynik niemal identyczny z dwoma poprzednimi, przy czym poziom hemoglobiny wynosił 80%, a ilość czerwonych krążków 3,750.000, przy wskaźniku barwnym = 0,908; ilość białych ciałek wynosiła 8.200, wzór ich, poza eozynofilią = 5%, zmian nie wykazywał; retikulocytów 3%; wymiary czerwonych krążków: maks. 9,8 μ, min. 6.9 μ, przec. 8,5 μ, czyli anizocytoza prawie zupełnie ustąpiła. Odczyn Singera na obecność czynnika Castle'a w treści żołądkowej naszej chorej (polegający na badaniu odczynu retikulocytowego we krwi szczurów po zastrzyknięciu im odpowiednio spreparowanego soku żołądkowego) — wypadł ujemnie, wskazując na to, iż w naszym przypadku całkowitej, organicznej bezsoczności żołądkowej towarzyszył brak czynnika wewnątrzpochodnego *„intrinsic-factor"*. Odczyn v. d. Bergha w osoczu wypadł dnia 5. VII. normalnie: bezpośredni — ujemny, pośredni w wysokości 1/2 jedn., wskazując na ustąpienie pierwotnej hiperbilirubinemii, będącej wykładnikiem wzmożonej hemolizy. Oporność krwinek czerwonych tego dnia okazała się niemal prawidłowa: H_3 — 0,30%, H_1 — 0,48% (początkowo była ona wyraźnie zmniejszona). Białko w surowicy (refraktometrycznie) wynosiło 8,26% czyli mieściło się w granicach normy, a zawartość cholesteryny = 1,2 g/litr była nieco zmniejszona.

W połowie lipca wystąpił u naszej chorej nawrót bólów w barkach oraz trzeszczenia w nich przy ruchach. Ciepłota ciała była w ogóle prawidłowa z nieczęstymi podskokami do 37,5°, tętno wynosiło 76—102 uderzeń na minutę, ciężar ciała stale wzrastał (bez obrzęków) — ogółem o 8 kg. Dnia 13. VII. wykonano powtórne nakłucie mostka; badanie punktatu zamieściliśmy dla ścisłości w tablicy II, nie uważamy go jednak za miarodajne, ze względu na nie ulegającą wątpliwości nadmierną domieszkę krwi obwodowej przy wydobyciu treści szpikowej.

Ostatnie badanie morfologiczne krwi obwodowej dnia 18. VII. (chora dostawała nadal wątrobę doustnie, zastrzykiwania sykotonu i kakodylanu sodu, kwas solny i żelazo) dało następujący wynik: Hgl. 80%, czerwonych krąków 3,800.000, wskaźnik barwny 1,03, białych ciałek 6.100: tucznych 1%, kwasochł. 2%, obojętnochłonnych 72,5%, w czym o jądrze pałeczkowatym 3,5%, limfocytów 23,5%, jednojądrzastych 1%; anizocytoza i poikilocytoza prawie ustąpiły, retikulocytów 1,1%, płytki prawidłowe. Wynik ten w porównaniu z badaniami z początku czerwca, wykazuje wzrost zawartości hemoglobiny w dwójnasób, a czerwonych krążków w stopniu jeszcze znaczniejszym (z 1,400.000 na 3,800.000), z ustąpieniem nadbarwliwości czerwonych krążków, wzrostem retikulocytozy, zniknięciem anizo-poikilocytozy; jednocześnie ustąpiła pierwotnie stwierdzana leukopenia.

Pierwszym etapem poprawy czerwonego obrazu krwi był raptowny przełom retikulocytowy; eozynofilia zjawiła się dopiero później i szczyt jej przypadł na okres, gdy retikulocytoza już się cofała; z biegiem czasu eozynofilia powróciła do normy, a retikulocytoza pozostała na poziomie nieznacznie zwiększonym (1,1%).

Chora wypisała się dnia 10. VIII. ze znaczną poprawą, dotyczącą niedokrwistości i związanych z nią dolegliwości natury ogólnej, natomiast z trwającym nadal pobolewaniem i trzeszczeniem w barkach oraz ze zmianami zniekształcającymi w stawach, zwłaszcza prawej dłoni.

*

Rozpoznanie kliniczne w naszym przypadku brzmiało: *Anaemia gravis hyperchromica c. spleno- et hepatomegalia. Achylia gastrica. Polyarthritis deformans progrediens primitiva incipiens.*

Na czoło obrazu klinicznego w naszym przypadku wybija się niedokrwistość, której cechy ogólno-kliniczne i hematologiczne wymagają obszerniejszego omówienia.

Niedokrwistość ta była początkowo dość ciężka (42% hemoglobiny i 1,400.000 czerwonych krążków, jako wartości najniższe). Towarzyszący jej wskaźnik barwny, znacznie wyższy od jedności (1,35) [1]) oraz hiperbilirubinemia = 1,5 jedn. z urobilinogenurią i podżółtaczkowym zabarwieniem skóry i spojówek — kwalifikowały ją, jako nadbarwliwą i hemolityczną, co niemal automatycznie rodzi assocjację z rozpoznaniem niedokrwistości typu Biermera. Objawy, składające się w naszym przypadku na rozpoznanie klasycznej niedokrwistości Biermera, najpierw hematologiczne, potem ogólne, są następujące: 1) nadbarwliwość, 2) hiperbilirubinemia z urobilinogenurią i podżółtaczkowym zabarwieniem skóry i spojówek, 3) leukopenia obwodowa (2.500) z względnym i bezwzględnym zmniejszeniem liczby dużych cia-

———

[1]) Dla uniknięcia wątpliwości natury technicznej zaznaczamy, iż w obliczeniach określamy 100% hemoglobiny jako równowartość 15 g oksyhemoglobiny w 100 cm³ krwi.

łek jednojądrzastych, 4) wybitny wpływ leczenia wątrobą w postaci szybkiego cofania się zarówno ilościowych, jak i jakościowych oznak niedokrwistości, z wybitnym przełomem retikulocytowym, 5) powiększenie śledziony i wątroby, 6) bolesność opukowa mostka, 7) brak czynnika Castle'a w treści żołądkowej, 8) organiczna bezsoczność żołądkowa, przejawiająca się w stałym braku kwasu solnego oraz ujemnym wyniku gastrochromoskopii, 9) objawy ze strony układu nerwowego jako parestezje oraz nieznaczne zaburzenia czucia i odruchów, co ustąpiło w czasie leczenia wątrobą, wreszcie 10) falisty przebieg sprawy, bardzo charakterystyczny dla *anaemia perniciosa* Biermer, z trzema okresami obostrzeń w ciągu 3 lat.

Pomimo, iż tak liczne i zasadnicze objawy przemawiały w naszym przypadku za rozpoznaniem klasycznej kryptogenetycznej niedokrwistości Biermera, jednak dokładny rozbiór hematologiczny wykazał pewne odstępstwa od typu.

Pomiędzy objawami, przemawiającymi przeciwko klasycznej niedokrwistości Biermera, na pierwszym miejscu należy postawić: 1) stały brak megaloblastów i megalocytów zarówno we krwi obwodowej, jak i szpiku; postaci tych w niedokrwistości Biermera brak tylko w bardzo lekkich przypadkach oraz w okresie pełnej poprawy, u naszej chorej zaś stwierdziliśmy ich nieobecność również przy niedokrwistości wybitnie wyrażonej i przed wystąpieniem okresu poprawy; wobec braku megalocytów, nadbarwliwość w naszym przypadku należało przypisać makrocytozie normochromemicznej; 2) we krwi naszej chorej, pomimo leukopenii, brak było neutropenii z względną limfocytozą, następnie brak było wyraźnych zmian jakościowych we wzorze obojętnochłonnym ciałek młodych lub z jądrem nadmiernie podzielonym; 3) brak było obwodowej trombopenii, zmian morfologicznych w płytkach oraz objawów jakiejkolwiek, a zwłaszcza małopłytkowej, skazy krwotocznej (np. wylewów w siatkówce); 4) zmniejszenie oporności czerwonych krążków (H_1 — 0,54%), która w niedokrwistości Biermera jest przeważnie zwiększona lub prawidłowa, podważało również diagnozę niedokrwistości złośliwej typu Biermera i przemawiało za objawową niedokrwistością hemolityczną innego pochodzenia; 5) obraz punktatu szpikowego w okresie ciężkiej niedokrwistości i przed rozpoczęciem leczenia wątrobą posiadał szereg cech, raczej niespotykanych w nieleczonej ciężkiej niedokrwistości Biermera: prawidłową ilość normoblastów, brak wyraźnej leukopenii szpikowej, a przede wszystkim: niezmniejszoną ilość megakariocytów i płytek oraz brak większej ilości olbrzymich obojętnochłonnych o jądrze pałeczkowatym.

Ta właśnie niezgodność pomiędzy niemal pełnym obrazem klinicznym niedokrwistości Biermera, a wynikiem dokładnej analizy hematologicznej w naszym przypadku, jest rzeczą niezwykłą i zasługującą na podkreślenie.

W naszym przypadku z wybitnej zbieżności w czasie pomiędzy obostrzeniami niedokrwistości a nawrotami sprawy stawowej narzucało się przypuszczenie, iż obie te sprawy łączy jakiś stosunek przyczynowy.

Schorzenie stawów u naszej chorej przebiegało jako pierwotny przewlekły gościec stawowy zniekształcający *(polyarthritis deformans primitiva)*; rozpoznanie to nie nastręczało żadnych trudności ze względu na charakterystycznie symetryczne wystąpienie zmian, powodujących z czasem zniekształcenia przede wszystkim obwodowych, drobnych stawów kończyn, z nieprawidłowym ustawieniem nasad kostnych (w zależności od zmian w częściach miękkich) i zanikami mięśniowymi; co się tyczy etiologii sprawy stawowej, to u naszej chorej stwierdzić się daje charakterystyczna zbieżność w czasie wystąpienia dolegliwości stawowych z początkiem ustawania miesiączek. Z drugiej strony, początek sprawy stawowej ostry, z wysoką gorączką, jak również wysokogorączkowy przebieg drugiego obostrzenia stawowego świadczyły o współdziałaniu czynnika zakaźnego w powstawaniu zmian stawowych. Pierwotny, zniekształcający gościec wielostawowy — jak to podkreśla jeden z nas (patrz A. Landau: O klasyfikacji spraw gośćcowych. Prace kliniczne I Oddziału Szpitala Wolskiego. Str. 489, 1931) — idzie w parze z charakterystycznym zespołem klinicznym, na który składa się szereg objawów pobocznych: przyśpieszenie tętna bez zmian na wsierdziu, niskie ciśnienie krwi, białkomocz z zachowaną sprawnością nerek, niedokrwistość i podkwaśność żołądkowa. Z objawów tych u naszej chorej najjaskrawiej zaznaczały się bezsoczność i niedokrwistość. Zarówno z własnego doświadczenia klinicznego, jak i z danych piśmienniczych, wiemy, że niedokrwistość, towarzysząca zniekształcającemu gośćcowi stawowemu, należy zwykle do typu hipo- lub normochromemicznego *(anaemia simplex)*.

Przypadek nasz jest o tyle niezwykły, iż — o ile sądzić możemy ze znanego nam piśmiennictwa — nie spotykano niedokrwistości, idącej w parze z pierwotnym gośćcem zniekształcającym, która by przebiegała jako niedokrwistość nadbarwliwa i hemolityczna, przypominająca w znacznym stopniu niedokrwistość typu Biermera.

Dr E. PERELMAN Warszawa

Płonica w ciąży, w porodzie i połogu [1])

Z Zakładu Położniczo-Ginekologicznego im. Ks. Anny Mazowieckiej w Warszawie
Dyrektor: Dr Władysław Janczewski
Ordynator: Doc. dr H. Gromadzki

Ustrój kobiety ciężarnej podlega bardzo poważnym zmianom które dotyczą prawie wszystkich narządów, a w warunkach normalnych uważane być mogą za patologiczne.

Skoro o samym cyklu miesiączkowym pisze prof. Czyżewicz, że przewala się nie tylko przez macicę i cały narząd rodny, lecz także przez cały ustrój kobiety, a w badaniu szczegółowym wykazać się daje w jej wszystkich narządach, staje się jasne, jak rozległe i skomplikowane są zmiany w ustroju kobiety ciężarnej.

Niewątpliwie zmiany te należy uważać za celowe przystosowanie się ustroju do spełnienia szeregu nowych czynności stojących w związku z ciążą, atoli pomimo tej celowości prof. Rosner jest zdania, że ten stan koliduje z interesem jednostki, a jest fizjologicznym stanem dla gatunku. Wiadomo, że szereg chorób znajduje w ciąży dogodne warunki dla swego rozwoju, a już istniejące ulegają tak poważnym zaostrzeniom, że stwarzają niejednokrotnie wskazania do przerwania ciąży, która wyzwala z ustroju kobiety „pogotowie chorobowe organizmu". Toteż Saitz twierdzi, że w żadnym okresie życia instynkt samozachowawczy nie wchodzi w taką kolizję z popędem rozrodczym, jak w ciąży. Z drugiej jednak strony, ustrój ciężarnej w stosunku do wielu schorzeń wykazuje pewną odporność. Występowanie np. chorób zakaźnych u ciężarnych jest rzadkością. Dotyczy to także płonicy, którą omówimy obszerniej, podając na wstępie kilka słów o wpływie chorób zakaźnych na narząd rodny kobiety.

Wpływ ten uwarunkowany jest nie tylko nasileniem choroby i jadowitością zarazków, a w dużej mierze stopniem rozwoju i czynności, w jakim w chwili zapadnięcia ustroju na chorobę zakaźną znajduje się narząd rodny. Zrozumiałe zatem, że u dzieci młodych zmiany te mogą mieć poważne skutki, jakkolwiek niejednokrotnie wskutek braku podmiotowych dolegliwości ujść mogą uwadze lekarza, by dopiero w wieku późniejszym zaznaczyć się szeregiem poważnych zaburzeń, a nawet bezpłodności (Pfannenstiel). Błonica, świnka, płonica, odra i ospa należą do chorób zakaźnych, mających znaczny wpływ na rozwój narządu rodnego u dzieci. Bruno Wolff i Sessa Pero badali jajniki dzieci zmarłych wskutek różnych chorób zakaźnych. Pierwszy z nich stwierdził rozległe zmiany zapalne i tworzenie się drobnych torbielek, przy czym obraz zmian przy chorobach zakaźnych ostrych był inny aniżeli przy przewlekłych. W ostatnich zmianom podlegała część rdzeniowa, gdy w ostrych część korowa jajnika. Zmiany powyższe stwierdził Bruno Wolff w jajnikach dzieci zmarłych po durze brzusznym, płonicy, odrze i błonicy.

Stolz, Veit, Meyer, Martin i Bröse są zdania, że większość zarośnięć błony dziewiczej *(atresia hymenalis)* i pochwy *(atresia vaginalis)* spowodowane są przebytymi chorobami zakaźnymi. U dorosłych obserwowano nieraz przejściowe zahamowanie czynności jajnika, ustanie miesiączkowania (Schäfer), a nawet zanik macicy (Gottschalk).

Przechodząc z kolei do wpływu chorób zakaźnych na przebieg ciąży, należy wysunąć na czoło częste występowanie poronień lub porodów przedwczesnych, które w płonicy, ospie, odrze, grypie i durze brzusznym osiągają 30—80%. Zdania dotyczące przyczyny tego zjawiska są bardzo podzielone. Wielu upatruje przyczynę w wysokiej ciepłocie ciała, jaka prawie we wszystkich chorobach zakaźnych występuje. W poszukiwaniu tej przyczyny Runge poddawał ciężarne króliki działaniu wysokich ciepłot, otrzymując w rezultacie martwe płody. Działając poza tym wysokimi i krótkotrwałymi ciepłotami na macicę królicy zaobserwował występowanie częstych skurczów. Jakkolwiek z doświadczeń tych wynika, że wysokie ciepłoty powodują obumieranie płodu, sądzić należy, że działają tu także produkty roz-

---

[1]) Praca wygłoszona na 235 posiedzeniu naukowym Warszawskiego Towarzystwa Ginekologicznego.

padu białka, że więc nie samo podniesienie ciepłoty jest przyczyną przerywania ciąży. Obserwujemy niejednokrotnie długo gorączkujące ciężarne, np. w ciężarnym zapaleniu miedniczek nerkowych *(pyelitis gravidarum)* bez ujemnego wpływu na przebieg ciąży.

Lomer podaje przypadek ciężarnej, chorującej na dur brzuszny, i gorączkującej do 40° w ciągu miesiąca, bez ujemnego wpływu na płód.

W niektórych chorobach zakaźnych, jak dur brzuszny, grypa, cholera, przerwanie ciąży następuje wskutek rozległych zmian w łożysku.

Obecnie poświęcimy kilka słów wpływowi chorób zakaźnych na płód, poczynając od roli pośredniczącej, jaką w tej sprawie odgrywa łożysko.

Werth na zasadzie swych badań wyraził pogląd, że łożysko działa, jak dorosły przewód pokarmowy, a Polano drogą różnych przemian chemicznych wykazał w łożysku szereg fermentów. W łożysku zatem dochodzi do rozszczepienia doprowadzonych doń ciał chemicznych na ich składniki, by po drugiej stronie przegrody znów je spoić w sposób celowy dla ustroju.

Łożysko jest więc barierą przepuszczalną.

Wiadomo, że wiele chorób zakaźnych uodparnia chorującego na długie lata. Zachodzi pytanie, czy, w jakim stopniu i jaką drogą odporność ta udziela się płodowi.

Zagadnienie odporności jest zbyt obszerne, by wyczerpać je w ramach niniejszej pracy, ograniczymy się tylko do podniesienia ważnej roli pośredniczącej, jaką w sprawie uodpornienia odgrywa łożysko.

Much, Landoury, Griffen, Salge i inni dowiedli przenikania przeciwciał z mlekiem matczynym u ludzi, potwierdzając w ten sposób wyniki klasycznych doświadczeń Ehrlicha i wielu innych autorów.

Płód może nabywać choroby, których zarazki w wielu wypadkach przełamują barierę, jaką stanowi łożysko i dostają się do ustroju płodu. Przez filtr łożyskowy przenikają zarazki płonicy, wścieklizny, ospy, duru brzusznego i wąglika.

Paltauf stwierdził w płucach pięciomiesięcznego płodu kobiety chorej na wąglik typowe zarazki tego schorzenia.

Znane są przypadki urodzenia się płodu z bliznami poospowymi, gdy ciężarna chorowała na ospę. Z takimi bliznami urodził się wybitny lekarz francuski Mauriceau.

Przejście choroby zakaźnej z matki na płód drogą łożyskową jest możliwe zarówno u ludzi, jak i u zwierząt.

Omówiliśmy wyżej wpływ chorób zakaźnych na ciążę. Co do przebiegu porodu należy podkreślić, że w większości wypadków jest niezakłócony, powodując w jednych przypadkach przyśpieszenie, w innych zwolnienie czynności porodowej.

Połóg wykazuje znaczne skłonności do schorzeń zakaźnych, zwłaszcza w grypie, ospie, błonicy i płonicy. Temu ostatniemu schorzeniu poświęcimy trochę więcej miejsca.

Płonica jest chorobą zakaźną, na którą zapadają dzieci i dorośli.

Choroba ta przenosi się przez kontakt pośredni, lub bezpośredni z chorym i przez przedmioty.

W szerzeniu się epidemii płonicy i jej powstawaniu, stan i rodzaj odżywienia oraz przemiany materii odgrywają wybitną rolę.

Jonser stwierdził, że wygłodzenie ludności i zmiana w odżywianiu w latach 1916—1919 spowodowały znaczne zmniejszenie się epidemii płonicy w całej Europie, gdy natomiast inne choroby zakaźne wykazywały nasilenie. Zbyt obfite odżywianie się mlekiem i jajami wzmaga skłonność do płonicy.

Wrażliwość na płonicę, badana w Polsce przez Sparrow, wynosi średnio 46.7, przy czym wrażliwość ta jest mniejsza w środowiskach biedniejszych. Zauważono skłonność występowania płonicy w pewnych rodzinach (Szenajch, Heubner).

Biorąc pod uwagę, że przeciętnie 60% dzieci i młodzieży zachorowuje na płonicze zapalenie gardła, a około 40% wolne jest od tego cierpienia, niewrażliwość pewnych osobników na jad płoniczy paciorkowca hemolizującego wskazuje na pewne ograniczenie właściwości chorobotwórczych paciorkowca, w zależności od konstytucjonalnych i kondycjonalnych cech ustroju.

Opierając się na tych spostrzeżeniach prof. Michałowicz wyraża pogląd, że płonica jest chorobą zakaźną indywidualną.

Zarazek płonicy nie jest ostatecznie ustalony.

Za przyczynę uważa się paciorkowca hemolizującego *(streptococus haemoliticus scarlatinae)*, omawiana też jest sprawa zarazka przesączalnego.

Szczegółowe opisanie tej choroby nie jest zadaniem niniejszej pracy. Dla położnika ważną jest sprawa, czy i w jakim stopniu choroba ta wpływa na narząd rodny kobiety, na przebieg ciąży, porodu i połogu, czy przenosi się na płód.

Sprawa nabiera szczególnej wagi, gdy uwzględnimy, że paciorkowiec, uważany za przyczynę płonicy, jest zarazkiem powodującym najbardziej groźne powikłania połogowe, stwarzając niebezpieczeństwo dla matki, wobec którego niejednokrotnie jesteśmy bezsilni.

Tu należy podkreślić, że gdy przebyta płonica stwarza długotrwałą odporność, inne zakażenia paciorkowcowe nie zmniejszają zupełnie zdolności ponownego zachorowania, a nieraz ją nawet powiększają.

Kilka słów o wpływie płonicy na narząd rodny. Płonica może wywołać znaczne zmiany narządów rodnych. Zmiany te występują w pochwie, w wyniku czego powstaje zarośnięcie ścian pochwy (Martin, Stolz). W macicy obserwuje się nieraz ostre płonicze zapalenie błony śluzowej. W jajnikach nacieczenie drobnokomórkowe i wylewy krwawe (Wolff). Pfannestiel jest zdania, że niektóre postacie niepłodności należy wiązać ze zmianami wywołanymi w jajnikach przebytymi w dzieciństwie chorobami zakaźnymi, między innymi płonicą. Należy przypomnieć, że zmiany, jakie w narządzie rodnym powoduje płonica, zależne są od stopnia rozwoju tego narządu w chwili zachorowania ustroju. U dzieci dojść może do zahamowania rozwoju narządu rodnego, do zmian dużych i długotrwałych. Rzecz jasna, że następstwa, wywołane tą chorobą w narządzie rodnym kobiety dojrzałej lub w końcu fizjologicznego okresu czynności płodowej, będą mniej brzemienne w skutki.

Boxal, Schlossman, Meyer, Gigon i Pospischil zauważyli częste zachorowanie na płonicę w okresie miesiączkowania. Na 353 przypadków płonicy, Schlossman i Meyer stwierdzili 64 w czasie miesiączkowania. Gigon na 58 przypadków płonicy 20 w czasie miesiączkowania. Sam przebieg miesiączkowania nie ulega większym zmianom. Obserwowano obfitsze krwawienia.

Zjawisko częstego występowania płonicy w czasie miesiączkowania da się tłumaczyć prawdopodobnie zmniejszoną odpornością ustroju kobiety przeciw zarazkowi płonicy, spowodowaną zaburzeniem w korelacji gruczołów dokrewnych i ogólnym zaburzeniem „równowagi" ustroju. Obserwowano i inne schorzenia zakaźne, występujące stosunkowo często w czasie miesiączki. Freund przytacza przypadek występowania róży przy każdym miesiączkowaniu, począwszy od pierwszego, które się pojawiło w piętnastym roku życia.

Występowanie płonicy w ciąży jest zjawiskiem bardzo rzadkim. Piśmiennictwo zna zaledwie kilkadziesiąt przypadków. Stolz zebrał około 20 przyp., Schmidt w ciągu 40 lat zebrał na Oddziale Zakaźnym w Wiedniu zaledwie 10 przypadków. Nasze poszukiwania w kartach położnic w Zakł. im. Ks. Anny Mazowieckiej za ostatnie 10 lat nie stwierdziły ani jednego przypadku. Nie znaleźliśmy także ani jednego opisanego przypadku płonicy w ciąży w piśmiennictwie polskim za ostatnich 15 lat. To nader rzadkie występowanie płonicy w ciąży tłumaczą rozmaicie. Olshausen, który tej dziedzinie poświęcił dużo badań jest zdania, że ciężarne odporne są na zarazek płonicy. Inni są zdania, że dorośli są w ogóle odporni na to schorzenie oraz, że ciężarne bardziej są chronione przed wszelkim zakażeniem, toteż mniejsza jest ich skłonność do zapadania na to schorzenie. Wpływ płonicy na przebieg ciąży wyraża się w jej przerywaniu: w wywoływaniu poronień i porodów przedwczesnych. Przerwanie ciąży następuje zazwyczaj w okresie wysypkowym, rzadziej w okresie łuszczenia (Barbail).

Schmidt na 10 ciężarnych z płonicą miał 3 przypadki przerwania ciąży.

Heyer-Ruegg na 12 ciężarnych miał 4 przypadki przerwania ciąży w okresie wysypki z zejściem śmiertelnym.

Na sam przebieg porodu płonica w ogóle nie wywiera większego wpływu. Poród w większości wypadków przebiega normalnie. Boxal obserwował w nielicznych wypadkach osłabienie bólów i krwawienia.

Więcej miejsca poświęca w ogóle piśmiennictwo występowaniu płonicy w połogu. Obserwacje poczynione w Zakł. im. Ks. Anny Mazowieckiej dotyczą następujących dwóch przypadków płonicy w połogu.

Przyp. I. Nr karty szpitalnej 71958/1087. Położnica L. E., lat 28, przybyła do Zakładu dnia 28 czerwca 1935 r. o godz. 7.20. Pierwsza ciąża. Badana była w mieście przez lekarza. Budowa prawidłowa. Odżywienie dobre. Wzrost wysoki. W dzieciństwie odra i grypa. Pierwsza miesiączka w 16 roku życia, typu 4/5—7. Ostatnia miesiączka dnia 16 września 1934 r. Położenie płodu podłużne. Postawa pierwsza. Wymiary miednicy: mk — 25, mg — 28, sp — 20. Obwód brzucha 93

Badanie wewnętrzne. Ujście zewnętrzne rozwarte na półtora palca. Szyja maciczna wygładzona. Pęcherz płodowy zachowany. Główka przyparta do wchodu. Urodziła siłami natury: płód dnia 28. VI. o godz. 18.10, łożysko po 20 minutach. Wykonano zeszycie krocza, warg małych i dużych. Płód płci męskiej wagi 3075 g, długości 49 cm. Nie wykazywał żadnych zmian na ciele.

Przebieg połogu: trzeciego dnia ciepłota ciała 37,8°, czwartego dnia ciepłota ciała 38°. Zwijanie się macicy przebiega normalnie. Piątego dnia ciepłota ciała 39,6°. Wysypka o charakterze płonicy, na twarzy, na kończynach, klatce piersiowej i brzuchu. Szóstego dnia wysoka ciepłota ciała utrzymuje się. Wysypka pokrywa całe ciało. Rozpoznajemy u chorej płonicę, potwierdzoną w Szpitalu św. Stanisława. Przebieg płonicy w Szpitalu św. Stanisława typowy dla tego schorzenia. Po 5 tygodniach chora opuściła szpital zdrowa. Noworodka zdrowego zabrano do domu, przed udaniem się chorej do szpitala. W domu rozwijał się normalnie, nie chorował.

Przyp. II. Nr karty szpitalnej 76928/1911. Położnica B. M., lat 35, przybyła do Zakładu dnia 14 września 1936 r. o godz. 23.30. Ciepłota ciała 37,4°. Szósta ciąża. Rodziła 4 razy. Roniła raz. Dwa razy rozwiązano poród za pomocą kleszczy. W jednym i drugim wypadku płody martwe. Budowa prawidłowa. Odżywienie dostateczne. Wzrost średni. Obrzęki kończyn dolnych. Podaje, że w dzieciństwie żadnych chorób nie przechodziła. Pierwsza miesiączka w 14 roku życia, typu 4/2—3. Wymiary miednicy: mk — 24, mg — 28, sp — z - 18. Położenie poprzeczne 1.

Badanie wewnętrzne: ujście zewnętrzne rozwarte całkowicie. Szyja maciczna wygładzona. Pęcherz płodowy zachowany. Przoduje drobna część (rączka). Wzgórek kości krzyżowej znacznie wystający. Dnia 15. IX. o godz. 14 wykonałem obrót wewnętrzny na nóżkę. W czasie dokonywania obrotu, stwierdziłem znacznie wystający wzgórek kości łonowej. Pomimo usiłowań, nie udało się wyprowadzić główki, wskutek czego wykonałem wymóżdżenie główki następującej. Łożysko urodziło się po 15 minutach. Płód martwy płci męskiej, wagi 3450 g, długości 53 cm.

Przebieg połogu:

Drugi dzień: ciepłota ciała 38,5°. Macica dwa p. pod pępkiem bolesna na ucisk. Wstrzyknięto omnadynę. Trzeci dzień: ciepłota ciała 39,4°, macica niebolesna, 3 p. pod pępkiem. Odchody krwawe, mierne, nie cuchnące. Wysypka na plecach i twarzy. Przypuszczając, że wysypka spowodowana jest podawaną chininą, poleciliśmy ją odstawić. Czwarty dzień: ciepłota ciała: 38,6°. Dno macicy 4 p. pod pępkiem. Wysypka na całym ciele. Gardło mocno zaczerwienione. Język czerwony. Podejrzewając płonicę wezwaliśmy specjalistę, który rozpoznanie nasze potwierdził. Chorą przewieziono do Szpitala św. Stanisława. Przebieg choroby typowy. Połóg powikłany zapaleniem gruczołu Bartoliniego. Po sześciu tygodniach chora opuściła szpital zdrowa.

W sprawie powikłania połogu płonicą zdania są bardzo podzielone.

Olshausen, Meyer i Zweifel są zdania, że w połogu może wystąpić typowa płonica, ze wszystkimi właściwymi jej cechami i to w postaci endemicznej lub sporadycznej.

Endemiczną postać płonicy u położnic obserwował w Wiedeńskim Szpitalu Położniczym w roku 1779—1800 Malfatti. W tym czasie panowała w Wiedniu epidemia płonicy.

W wypadkach sporadycznych przyczyną jest zarażanie się ciężarnych przez pielęgnowanie dzieci chorych na płonicę, długi zaś odstęp czasu od chwili zarażenia się do zachorowania, a więc znaczne przedłużenie się okresu wylęgania, tłumaczy Olshausen, jak to już wyżej zaznaczyliśmy, odpornością ciężarnej na zarazek płonicy, który długo pozostaje nieczynny w jej ustroju, znajdując dopiero w połogu sprzyjające warunki dla swej czynności i chorobotwórczej.

Godne uwagi są spostrzeżenia dotyczące szerzenia się płonicy w Polsce, poczynione przez Szenajcha, które, naszym zdaniem, w pewnym stopniu mogą wyjaśnić rzadkość schorzenia tego u ciężarnych, a częstsze występowanie w połogu. Szenajch stwierdził mianowicie, że płonica wybucha jednocześnie w kilku miejscach, a nie jak odra, która jakby pełza z domu do domu, nie omijając żadnego.

Opierając się na tych spostrzeżeniach oraz z uwagi na to, że zarazek płonicy nie jest lotny, prof. Michałowicz wyciąga z tego wniosek, przemawiający za przestrojeniem się w wielu wypadkach ustroju dziecięcego, na zmniejszenie się odporności na zarazek pasożytujący w ustroju dziecięcym.

Naszym zdaniem to samo tłumaczenie można zastosować do występowania płonicy w połogu i wytłumaczenia znacznego przedłużenia się okresu wylęgania. Takim przestrojeniem organizmu kobiecego na zmniejszenie się odporności na zarazek płonicy, który w ciąży bez szkody pasożytował w ustroju kobiety, może być spowodowany „ogólnym wstrząsem“, jakim niewątpliwie jest poród. Znacznie częstsze występowanie płonicy w połogu, w porównaniu z ciążą, można też tłumaczyć działaniem pewnych ciał ochronnych w ustroju kobiety ciężarnej i zanikiem tych ciał w połogu.

Jürgensen, Winkel i Ahlfeld zaprzeczają występowaniu typowej płonicy u położnic. Przypadki rozpoznawane jako płonicze uważają za zakażenie septyczne, z wysypką o charakterze płonicy. Schorzenia takie jak *erythema congestivum* lub *erythema toxicum* nieraz mylnie zostają rozpoznawane jako płonica. Interesujący przypadek przytacza Schmidt. Dotyczy on położnicy, którą z rozpoznaniem płonicy skierowano na Oddział Zakaźny i tam dopiero po 20 dniach zachorowała na typową płonicę. W tym wypadku niewątpliwie pierwsze rozpoznanie było mylne.

Hoffa jest zdania, że płonica może wystąpić jako zakażenie przyranne (*Wundscharlach*). Klasycznym przykładem jest wypadek, jakiemu uległ Leube, który sekcjonując zwłoki po płonicy, pokłuł się w palec i wkrótce zapadł na typową płonicę, przy czym zarówno wysypka, jak i łuszczenie zaczęły się na chorym palcu.

W istocie każde otwarte ognisko zapalne, jakie znajduje się w ustroju kobiety może się stać punktem wyjścia ciężkich powikłań połogowych.

Schmidt do tzw. „płonicy połogowej“ (*Wochenbettscharlach*) zalicza tylko te przypadki, w których wrotami zakażenia był narząd rodny.

Otwarta duża rana, jaką stanowi macica w połogu, a która, jak wykazały badania doc. dr Gromadzkiego, jest jałową, łatwo stać się może źródłem zakażenia w wypadkach wykonania różnych zabiegów wewnątrzmacicznych w czasie porodu.

Ujmując pokrótce powyższe rozważania, należało by przyjąć, że płonica może wystąpić w połogu jako typowa postać ze wszystkimi, charakterystycznymi dla niej cechami, jako płonica przyranna i jako płonica połogowa. Tu należy dodać, że do każdej z tych postaci płonicy może się przyłączyć inna sprawa septyczna, potęgując ciężkość i niebezpieczeństwo powikłań połogowych oraz pogarszając znacznie rokowanie.

Szereg objawów, cechujących poszczególne, wyżej przytoczone postacie płonicy w połogu, pozwala je zróżniczkować. W postaci ujętej pod nazwą płonicy połogowej okres wylęgania jest bardzo krótki. Choroba wybucha najczęściej w ciągu pierwszych trzech dni po porodzie. Wysypka występuje na początku w okolicy pachwin. Przeważnie brak płoniczego zapalenia gardła albo jest bardzo słabo zaznaczone. Brak, lub minimalny obrzęk gruczołów podszczękowych. Odchody są ropne. Zwijanie się macicy bardzo leniwe. W typowej płonicy przebieg połogu bywa przeważnie niezakłócony. Odchody są normalne. Rokowanie znacznie lepsze aniżeli w postaci poprzedniej. Śmiertelność w typowej płonicy wynosi w przybliżeniu 3,6%, a w połogowej do 20%.

W zakażeniach septycznych z wysypką o charakterze płonicy, stwierdzamy zupełny brak schorzenia gardła, obrzęku gruczołów podszczękowych, brak wysypki na twarzy, brak malinowego języka.

Kilka danych statystycznych dopełnią obraz powagi, z jakim należy traktować powikłanie połogu płonicą.

Olshausen podaje śmiertelność położnic z płonicą do 48%, Schmidt 12%, Pösch 16,7%, Gocht 8,7%. W tych danych statystycznych zwraca uwagę, że młodsze statystyki, jak Gochta, podają znacznie mniejszą śmiertelność. Tłumaczy się to tym, że starsze statystyki, jak Olshausena, sięgają czasów, gdy aseptyka i antyseptyka nie były szeroko stosowane. Niewątpliwie stare statystyki obejmowały materiał powikłany prócz płonicą, także innymi sprawami chorobowymi, czym należy tłumaczyć większą śmiertelność. Już bowiem wyżej wyjaśniliśmy, że przyłączenie się do płonicy w połogu innych powikłań znacznie pogarsza rokowanie.

Jeszcze kilka godnych uwagi cyfr porównawczych: Benthin podaje normalną śmiertelność położnic w klinikach, gdzie, jak wiadomo, skupia się materiał ciężki na 0.2—0,25%, a położnic z płonicą na 2—8%, w wypadkach zaś ciężkich w czasie epidemii do 40%.

Z rozważań i przytoczonych cyfr wynika, że płonica jest poważnym i niebezpiecznym powikłaniem połogu, tym poważniejszym, im bliżej okresu połogowego wybucha. Jest zatem rzeczą dużej wagi, gdzie leży przyczyna niebezpieczeństwa, jakie stwarza płonica w porodzie, zwłaszcza w połogu.

Czy jest nim bardziej skomplikowany przebieg samej płonicy, czy też „pogotowie chorobowe", jakie ujawnia ustrój kobiety w ciąży i w połogu.

Benthin przypisuje zasadniczą rolę paciorkowcowi hemolizującemu, który u położnic chorych na płonicę znajduje się w gardle, a wyhodować go można z krwi, szpiku kostnego i odchodów macicznych.

Obecność paciorkowca w jakimkolwiek bądź miejscu ustroju kobiety wywołać może poważne powikłanie połogu. Obecnie uważa się migdałki za niewątpliwe siedlisko paciorkowca hemolizującego, z którego toksyny dostają się do krwiobiegu całego ustroju u chorych płoniczych.

Jesteśmy zdania, że i u położnic, zwłaszcza w wypadkach, gdzie unikano badania wewnętrznego oraz wszelkich zabiegów wewnątrzmacicznych, występowanie płonicy należy łączyć przede wszystkim z migdałkami, jako głównym siedliskiem zakażenia.

Powracając do naszych dwóch przypadków należy już na wstępie podkreślić, że jest to niewątpliwie dość szczupły materiał, by mógł służyć za podstawę do wyciągania wniosków. Gdy jednak uwzględnimy, że ilość przypadków płonicy w połogu jest w ogóle znikoma, stanie się zrozumiałe, dlaczego obserwacje poczynione na tym skromnym materiale postanowiliśmy ogłosić. Liczymy na to, że nasz szczupły materiał zostanie uzupełniony, przez niewątpliwie obserwowane, lecz do dziś nieogłoszone przypadki z innych szpitali lub zakładów położniczych. Analizując nasze dwa przypadki, należy podkreślić, że ani jedna, ani też druga położnica w dzieciństwie na płonicę nie chorowały. Co dotyczy przebiegu porodu, to przypadki różniły się między sobą. W przypadku pierwszym — rodząca urodziła siłami natury. W drugim wykonano obrót wewnętrzny na nóżkę oraz wymóżdżenie główki następującej.

Przebieg połogu w części dotyczącej narządu rodnego, jak zwijanie się macicy, rodzaj i ilość odchodów był w ogóle w jednym i drugim przypadku niezakłócony. Wysypka w pierwszym przypadku wystąpiła piątego dnia, w drugim przypadku trzeciego dnia.

Jeśli uwzględnić, że w przypadku pierwszym położnica urodziła siłami natury, że nie podlegała żadnym poważniejszym zabiegom wewnątrzmacicznym, że wśród personelu lekarskiego i niższego w tym okresie nie notowano ani jednego wypadku zachorowania na płonicę, że zasadniczo połóg był niezakłócony oraz zupełnie typowy przebieg płonicy, przyjmujemy, że w tym wypadku płonica nie była pochodzenia przyrannego, nie była postacią płonicy połogowej, lecz zwykłą, typową płonicą, której zarazki na skutek „wstrząsu" porodowego znalazły sprzyjające warunki dla swej czynności chorobowej.

W wypadku drugim, uwzględniając dokonany obrót oraz wymóżdżenie, wczesną wysypkę (trzeci dzień), można by myśleć o płonicy połogowej, gdyby nie zupełnie niezakłócony przebieg połogu w części dotyczącej narządu rodnego.

Zasadniczo należało sprawę rozstrzygnąć badaniem bakterioskopowym odchodów, czegośmy nie uczynili. Uniemożliwia to nam zakwalifikowanie, zwłaszcza drugiego przypadku.

Co do przenoszenia płonicy z matki na płód *in utero*, piśmiennictwo notuje zaledwie nieliczne przypadki, które zawdzięczamy Walkerowi i Ballathynowi. Jeden przypadek płonicy u siedmiodniowego niemowlęcia obserwował Pospischil. W naszych przypadkach noworodki nie wykazywały żadnych widocznych zmian skórnych.

W ogóle dzieci urodzone przez matkę chorą na płonicę wykazują odporność na to schorzenie, nawet w wypadku karmienia niemowlęcia przez chorą matkę.

Jeszcze kilka słów o karmieniu.

Postępy, jakie w ostatnich czasach poczyniła wiedza lekarska w swych różnych dziedzinach, nie ominęły kwestii sztucznego odżywiania niemowląt.

W tej dziedzinie dysponujemy szerokimi możliwościami w tych wypadkach, gdzie z różnych przyczyn, karmienie mlekiem kobiecym i matczynym jest niemożebne. Należy jednak podkreślić, że mleko kobiece, a przede wszystkim matczyne, jest pokarmem niezastąpionym, mającym podstawowe znaczenie dla rozwoju dziecka.

Zasadniczo pomijając gruźlicę nie znamy bezwzględnego przeciwwskazania do karmienia niemowlęcia piersią matczyną. To samo dotyczy chorób zakaźnych, jeśli stan ogólny matki zezwala na karmienie. Także płonica, ani ze względu na matkę, ani też na niemowlę nie stanowi przeciwwskazania do karmienia piersią.

Salge i Birk obserwowali przypadki karmienia niemowląt przez matki chore na płonicę, bez ujemnych skutków.

Należy oczywiście ściśle przestrzegać zachowania czystości, często zmywać piersi i brodawki oraz zakładać maskę na czas karmienia.

W zwalczaniu powikłania ciąży płonicą podstawową rolę odgrywa zapobieganie, a w czasie prowadzenia połogu ścisła aseptyka. Ciężarna winna unikać przebywania w miejscach, gdzie chorowano na płonicę nawet przed tym. Pielęgnowanie dzieci chorych na jakąkolwiek chorobę zakaźną jest niedozwolone. Rodzące, u których stwierdza się, albo podejrzewa płonicę, winny ulec najściślejszemu odosobnieniu.

Wszelkie badania i zabiegi, wykonywane u takiej ciężarnej, wiodą ze sobą niebezpieczeństwo ciężkich powikłań. Należy unikać badania nie tylko ciężarnych chorych na płonicę, ale wszystkich innych zdrowych ciężarnych lub rodzących, które wspólnie z chorą przebywały, albo stykały się z nią.

Zasada ścisłego odosobnienia położnic winna być zwłaszcza stosowana do chorych położnic.

Doświadczenie poucza, że niejednokrotnie w obecności paciorkowca hemolizującego zarówno poród, jak i połóg przebiegać mogą pomyślnie, jeżeli tylko unikano badania chorej, unikano wszelkich zabiegów i dbano o swobodny odpływ odchodów.

W wypadkach, gdy endemicznie lub w postaci epidemii panuje choroba zakaźna, należy unikać badania położnic, albo ograniczyć je do wypadków niezbędnych, albowiem zarówno lekarz jak i personel pomocniczy stanowią niebezpieczeństwo dla rodzących i położnic.

Piśmiennictwo:

1) H. Brokman: Badania patogenezy płonicy. — 2) W. Benthin: Deutsche Med. Woch. T. 54. 1928. — 3) Berberich i Jordanoff: Deutsche Med. Woch. T. 54. 1928. — 4) Jaschke: Die weibliche Brust. Halban-Seitz. T. V. 2. — 5) T. Keller: Ginekologia Polska. T. X/VII. 1931. — 6) R. Kraus: Wiener. Klin. Woch. T. 40. 1927. — 7) M. Michałowicz: Pediatria Polska. T. VI—VII. — 8) Müller: Zentr. f. Gynaekol. Nr 39. 1931. — 9) J. Morach: Ueber die Beziehung von Infektionskrankheiten in normalen und krankhaften Veraenderungen des weiblichen Genitale. Halban-Seitz. T. V/4. — 10) M. Penkert: Zeitschr. f. aertzl. Fortbild. T. 18. 1921. — 11) J. Schmidt: Wien. klin. Wochenschr. 1925.

BIBLIOGRAFIA

Artykuły oryginalne w czasopismach

Piśmiennictwo polskie

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr 5. 1938. Bychowski G.: O diencefalozach. — Merenlender I. J.: Cutis gyrata (sive plicata) imitata. Zmiany skóry naśladujące tzw. skórę krętą, rzadsze odmiany skóry krętej. — Flaks J. i Ber A.: Zniesienie reakcji hormonu gonadotropowego przez rosnący nowotwór. — Forcajg M.: W sprawie stosowania środków przeciwgorączkowych w durze brzusznym, gruźlicy i niektórych innych schorzeniach.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr 6. 1938. Bychowski G.: O diencefalozach (dok.). — Kobryner A.: Płaska stopa jako wyraz morfologiczny małowartościowości ustrojowej serca. — Śpiewankiewicz St.: Postępowanie w gruźlicy chirurgicznej w Klinice prof. Sauerbrucha. — Łukaczewski H. i Kagan D.: Encephalomeningitis varicellosa.

Medycyna. Nr 3. 1938. Walter Fr. i Oszast Z.: W sprawie chemolecznictwa gruźlicy skóry rubrophenem. — Galinowski Z.: Układ megakarioblastyczny szpiku kostnego w warunkach fizjologicznych i chorobowych. — Wajngot A. i Grynsztejn J.: O znaczeniu stanów gorączkowych niejasnego pochodzenia w późniejszych okresach płonicy. — Rafałowski I.: O Apirheuminie słów kilka.

Nowiny Lekarskie. Z. 3. 1938. Godłowski Wł.: Zjawiska bioelektryczne w korze mózgowej człowieka. — Górski M.: Ostry i przewlekły gościec stawowy na podstawie materiału II Kliniki Chorób Wewnętrznych U. P. od 1926—1936 r. — Stojałowski K.: Serologiczne odczyny krwi na kiłę w świetle badań anatomo-patologicznych. — Tomankiewicz Wł.: Przypadek wrodzonej przepukliny pępowinowej połączony z całkowitym przemieszczeniem wątroby.

Zdrowie Publiczne. Nr 1. 1938. Stangenberg M.: O znaczeniu wód powierzchniowych i limnologii. — Jankowska J. i Szoberowa S.: Przyczynek do badań nad wymiarami

małych mieszkań. — Łonicka J.: Badania porównawcze czytelności druku na białym i czarnym tle. — Kołodziejska Z.: Wartość pokarmowa kartofli.

Wiadomości Lekarskie. Nr 2. 1938. Hozer J.: Pogląd lekarski na zagadnienie samorządu w ubezpieczalniach społecznych.

Klinika Współczesna. Nr 1. 1938. Miller M.: Rzeżączka u kobiet.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr 6. 1938. Brydówna W.: Witaminy.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr 7. 1938. Brydówna W.: Witaminy rozpuszczalne w tłuszczach.

Przegląd Ubezpieczeń Społecznych. Z. 2. 1938.

Medycyna i Przyroda. Nr 2. 1938.

OCENY

Chemia fizjologiczna. Podręcznik dla lekarzy i studentów medycyny, biologów, chemików i farmaceutów. Wydany pod redakcją J. K. PARNASA. Opracowali: T. CHRZĄSZCZ, A. DMOCHOWSKI, J. HELLER, E. G. HOLMES, M. LASKOWSKI, T. MANN, C. MANNOWA, WŁ. MOZOŁOWSKI, I. MOCHNACKA, W. NOWIŃSKI, P. OSTERN, J. K. PARNAS, St. PRZYŁĘCKI, J. REIS, B. SKARŻYŃSKI, B. SOBCZUK, E. SYM, R. TRUSZKOWSKI. Przedmowa: LEON MARCHLEWSKI. Nakładem Warszawskiej Ajencji wydawniczej DELTA Sp. z o. o. Dwa tomy I i II. Str. 575 i 682. Cena: 50 zł.

Podręcznik ten wypełnia dotkliwą lukę w piśmiennictwie naukowym i będzie stanowić długo cenne źródło wiadomości z dziedziny chemii biologicznej, czy fizjologicznej. Opracowany jest w poszczególnych rozdziałach opatrzonych wykazem piśmiennictwa, dotyczącego omawianego przedmiotu, co ułatwi dalsze informowanie się w odpowiedniej dziedzinie. Przy niezwykłym rozwoju chemii fizjologicznej lat ostatnich nie było prawie możności obarczenia jednego autora całością przedmiotu. Powierzenie opracowania „specjalistom“ było zatem koniecznością, mimo że takie opracowanie w towarzystwie prowadzi czasem do powtarzania i pozbawia całość jednolitego stylu. Taką ofiarę jednak trzeba było uczynić.

Opracowano tedy sprawy fizyko-chemiczne (J. K. Parnas) w dwóch częściach, z których pierwsza traktuje o budowie materii, a druga o procesach fizyko-chemicznych, jak osmoza, przepuszczalność i szybkość reakcji. Anatomię chemiczną omawia przeważnie tom pierwszy (można by ją nazwać statyką chemiczną), a dynamikę, to jest same procesy fizjologiczne umieszczono przeważnie w drugim tomie. Składniki ustroju, jak cukry, tłuszczowate ciała, białka, barwiki, składniki mineralne, powierzono autorom zaszczytnie znanym z prac w tych dziedzinach — Przyłęckiemu, Dmochowskiemu, Skarżyńskiemu, Osternowi, Mannowi. Nie zaniedbano przy tym spraw hormonów i barwików pochodzenia roślinnego i zwierzęcego. Drugi tom, jak już wspomniano, zajmuje się procesami, więc czynnością zacierów (Sym), trawieniem (Truszkowski), chemią mięśnia (Ostern), wydzieleniem moczu (Mozołowski), fermentacją (Chrząszcz), immunochemią i krwią (Heller), chemią wątroby, mleka, nerwów, nawet gałki ocznej, słowem nie opuszczono żadnej z czynności ustroju i raz jeszcze poświęcono osobny rozdział hormonom i witaminom. Sprawy przyswajania, wymiany gazów i oddychania tkanek opracował J. K. Parnas. Osobny rozdział poświęcono sposobom badania krwi i moczu i opisom szczególnych przyrządów i odczynów.

Jak z podanej treści wynika, podręcznik daje nie tylko jak najszersze pojęcie o wszelkich procesach ustroju, ale jest jednocześnie zwięzłym zebraniem najnowszych poglądów w nauce i opisem licznych, niedawno syntetycznie stworzonych ciał, mających dla ustroju znaczenie. Niewątpliwie nie wszystko będzie dostępne mniej przygotowanym, ale zato podręcznik odda nieocenione usługi tym wszystkim, którzy chcą istotnie poznać przedmiot i stworzyć podstawę dalszych badań. Zebrano bowiem w nim wszystko najnowsze i przedstawiono dokładnie. Wystarczy zatem — mimo szybkiego postępu nauki na czas dłuższy. Zarzut zbytniej obszerności spotkać by musiał każdy podręcznik, który by chciał dokładnie stan tej tak bardzo obszernej, a tak głęboko w sprawy życiowe wnikającej nauki przedstawić. I nieuniknione powtarzanie niektórych szczegółów jest usprawiedliwione tym, że podręcznik miał być możliwie kompletny.

Wreszcie należy wspomnieć, że język, aczkolwiek zrozumiały i staranny ma liczne błędy, które, niestety, zakorzeniły się w tej „gwarze“ naukowej i jakie spotyka się wszędzie. Wszyscy badają nad czemś, zamiast coś, wszyscy starają się tworzyć przymiotniki, co prowadzi do dziwolągów, jak „flaszka próżniowa“ (str. 190). Szafuje się określeniami, jak „wolno żyjące ptaki“, co miało zapewne znaczyć ptaki żyjące na wolności. Są to jednak błędy, które łatwo dadzą się uniknąć przy następnym wydaniu, którego życzymy i którego należy się spodziewać.

W. Moraczewski (Lwów).

Für die Praxis. H. DOERFLER. T. II. Str. 325. Cena broszury 3.75 Mk. Opr. 4.82 Mk. Lehmanns Verlag, 1938.

Autor na mocy długotrwałej praktyki stara się podzielić z czytelnikami szeregiem interesujących i praktycznych spostrzeżeń z działów medycyny wewnętrznej, chirurgicznej i ginekologicznej. Przedstawił szereg zagadnień korzystając z danych kazuistycznych w bardzo zajmującej postaci i w dobrej formie.

Na treść składają się następujące rozdziały: w jakich wypadkach upust krwi ratuje życie, ostry gościec stawowy, ropne zapalenie szpiku kostnego, róża, narkoza w czasie połogu w praktyce na prowincji, o stanach depresywnych, przyczynek do leczenia zgorzeli gazowej w praktyce, kaszak, cysta dermoidalna, meningocele i *haemangioma*, przyczynek do leczenia *angina septica* lub *thrombophlebitis post angiosa*, istota i leczenie jaskry (prof. Schieck — Würzburg), operacja wola bez bezpośredniego podwiązania tętnic głównych *thyreoideae*, doświadczenia leczenia gruźlicy płuc za pomocą odmy, *mastitis*, zgorzel jąder po operacji hydrocele metodą Winkelmanna, przypadek śmiertelnego zatoru po obmacywaniu woreczka żółciowego w stanie zapalnym, zapalenia wyrostka robaczkowego (autor jest bezwzględnie za jak najszybszym zabiegiem chirurgicznym), zapalenie trąbek, kamica nerkowa w praktyce, hemoroidy, *fissura ani*, *pruritus ani*, na co umiera chory w zapaleniu wyrostka robaczkowego, zadanie praktyka przy długo utrzymującej się żółtaczce, wrośnięty paznokieć, *myoma uteri* w praktyce, skurcz odźwiernika w wieku niemowlęcym, skurcz odźwiernika u dorosłego, neuralgia nerwu trójdzielnego, *ileus*.

Autor nie wnosi nic nowego przy omawianiu powyższych chorób, lecz w sposób jasny zebrał doświadczenia innych oraz swoje. Każdy lekarz przy czytaniu tej książki odświeży w swej pamięci własne doświadczenia. Jedna z rzeczy w tej książce godna podkreślenia to pogląd autora na szereg wielkich, ludzkich zagadnień.

Ungar (Lwów).

Möglichkeiten der Therapie. T. II. *Behandlung der Erkrankungen der Atemwege.* K. KLARE i E. MEYER. Hippokrates Verlag. Stuttgart, 1937. Str. 171. Cena: 11.25 Mk. (opr.), 9.50 Mk. (brosz.).

Po raz pierwszy mamy przed sobą dzieło, które omawia równocześnie trzy metody lecznicze: kliniczną, homeopatyczną oraz przyrodoleczniczą. Część kliniczną opracował Thomo, homeopatyczną Donner, przyrodoleczniczą Hube, część balneologiczną Krone.

Materiał podzielony jest na dwie części, ogólną i szczegółową. W części ogólnej omawia Thomo znaczenie klinicznego leczenia w schorzeniach dróg oddechowych, podkreślając znaczenie wodolecznictwa i gimnastyki oddechowej. Donner rozważa znaczenie homeopatii w chorobach dróg oddechowych i żąda bezwzględnie, by leczenie homeopatyczne przeprowadzał lekarz, który dostatecznie zna tę metodę. W części szczegółowej stara się autor wprowadzić czytelników, którzy nabyli podstawowe wiadomości z homeopatii, w zakres środków, posiadających największą wartość w leczeniu szczególnych postaci chorobowych. Bardzo starannie opracował przyrodolecznictwo Hube, kreśląc w sposób jasny schemat ogólnego leczenia, technikę leczenia dawkowanie oraz znaczenie światła, słońca, powietrza i kąpieli.

W części szczegółowej znajdujemy przy każdej poszczególnej chorobie narządu oddechowego przedstawione i ocenione wszystkie trzy kierunki. Lekarz może je porównywać i wybierać. Nie ulega wątpliwości, że ta pierwsza próba połączenia owych trzech metod leczniczych posiada pewne znaczenie praktyczne i przyczynia się do rozszerzenia możliwości leczniczych. Książkę tę z korzyścią przeczyta każdy lekarz.

Ungar (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA

Patologia

Działanie przeciwbólowe zastrzyków śródskórnych roztworu histydyny z histaminą. E. ARON. Presse Méd. Nr 56, 1937.

Autor sprawdził obserwacje kilku lekarzy francuskich i przekonał się, że zastrzyk doskórny jakiegokolwiek ciała — a nawet wody przekroplonej — w miejscu bólu usuwa ten ból. W szcze-

gólności histamina tą drogą wprowadzona. okazała się silnym środkiem przeciwbólowym w bólach na tle gośćcowym. Własne doświadczenia, przeprowadzane od kilku lat, potwierdziły dotychczasowe wyniki, chociaż trudno znaleźć hipotezę tłumaczącą działanie tych zastrzyków. W każdym przypadku bólu jakiegokolwiek pochodzenia — ale odczuwanego w skórze — występuje natychmiastowe działanie zastrzyków śródskórnych, wykonanych w miejscu bólu. Najlepsze wyniki otrzymuje się przy wstrzykiwaniu roztworu zawierającego 0,04 g histydyny z dodatkiem 0,1 mg histaminy w 1 cm³. Robi się 1—2 zastrzyki w skórę po 0,5—1 cm³ cieniutką igłą i zwykłą strzykawką. Zastrzyki wykonuje się codziennie lub co dwa dni. Ogółem potrzeba wstrzykiwać 6—12 razy. Dobre wyniki otrzymał w bólach gośćcowych, naczyniowych, nerwowych i na innym tle. Autor przypuszcza, że przez to usuwa się odruchy z miejsca bolącego, co może wpływać na sprawę chorobową toczącą się w głębszych narządach. *W. Skowroński* (Lwów).

Zmiany chemiczne płynu mózgowo-rdzeniowego po operacjach. S. TZOVARU i D. THEODORESCO. Presse Méd. Nr 56, 1937.

Zabieg operacyjny sprowadza poważne zmiany w składzie chemicznym krwi i moczu, które szczególnie wyraźnie występują w chorobie pooperacyjnej. Autorowie poddali równocześnie badaniu płyn mózgowo-rdzeniowy i stwierdzili, że zmiany te idą zazwyczaj równolegle ze zmianami we krwi. W płynie stwierdzili wzrost polipeptydów i cukru oraz zmniejszenie chlorków, które to zmiany są charakterystyczne dla krwi w chorobie pooperacyjnej. Zmiany te w płynie zjawiają się nieco później i nie osiągają tego stopnia co we krwi, co tłumaczy się działaniem zapory oponowej. Ponieważ objawy nerwowe choroby pooperacyjnej zależą w dużym stopniu od tych zmian w chemizmie płynu mózgowo-rdzeniowego, przeto takie badanie po operacjach może mieć praktyczne znaczenie. *W. Skowroński* (Lwów).

Tularemia w Czechosłowacji. J. DRBOHLAW. Presse Méd. Nr 59, 1937.

Autor opisuje epidemię, która pojawiła się na Morawach w październiku 1936 r. i trwała do lutego 1937 r. Została ona zawleczona z Austrii jako choroba zajęcy i królików we wrześniu i bardzo szybko zaczęła się szerzyć wśród tych zwierząt a równocześnie przenosić się na ludzi. Źródłem zakażenia były zawsze gryzonie (w 90% zające, reszta — przez króliki, myszy). W jednym przypadku nastąpiło zakażenie kobiety przez pranie chusteczki używanej poprzednio przez męża zdzierającego skórę zająca. Przeważnie chorowali ludzie, stykający się ze zwierzętami (służba lasowa, ich rodzina, sprzedawcy futerek).

Ogółem zgłoszono 203 zachorowań, z tego było mężczyzn 94, kobiet 86 i dzieci 23. Okres wylęgania wynosił 1—10 dni.

Objawy kliniczne były zawsze te same, z początku osłabienie, bóle głowy, dreszcze, poty, gorączka. Przy takiej postaci tyfoidalnej podwyższenie ciepłoty utrzymuje się 10—14 dni, ogólne osłabienie i zaburzenia jelitowe trwały znacznie dłużej, tak, że chorzy pozostawali w łóżku przez miesiąc. W czwartym tygodniu powiększają się gruczoły limfatyczne i tworzą się twarde, bolesne postronki naczyń limfatycznych. Często występuje też postać wrzodziejąca i obrzękowa gruczołów limfatycznych na rękach, jeżeli zarazek dostał się przez uszkodzoną skórę rąk (najczęściej przy zdzieraniu skórki zająca). Przebieg tej epidemii był łagodny, żaden chory nie umarł.

W zwłokach zajęcy stwierdzono *bacterium tularense*, w ropie gruczołów chłonnych badania te wypadły ujemnie, prawdopodobnie dlatego, że badano w 6—10 tygodni po zakażeniu. Natomiast aglutynacja była dodatnia we wszystkich przypadkach. Wydano ostre zarządzenia (wyniszczenie gryzoni w okolicach zakażonych, zakaz wywozu i sprzedaży zajęcy i skórek, palenie zwłok zwierząt), co doprowadziło do wygaśnięcia epidemii.

W. Skowroński (Lwów).

Czy adrenalina jest przyczyną nadciśnienia? E. DICKER. Presse Méd. Nr 61, 1937.

Autor omawia obserwacje kliniczne i badania doświadczalne dotyczące tego zagadnienia, po czym podaje własne badania przeprowadzone u zwierząt i ludzi przy pomocy metody Violé'a i Krawkowa. Violé podał metodę chemicznego określania adrenaliny w surowicy, polegającą na reakcji barwnej z kwasem jodowym. Metoda ta, wg badań autora, nie nadaje się do oznaczania adrenaliny i nie można nią wykazać hiperadrenalinemii. Metoda Krawkowa, polegająca na przepuszczaniu płynu przez naczynia krwionośne wyosobnionego ucha królika nie jest również zgodna z wynikami metody chemicznego oznaczania. Wynika z tego, że nie ma żadnych dowodów doświadczalnych, przemawiających za rolą nadnercza w nadciśnieniu. Nie można jednak na tej podstawie z całą pewnością wykluczyć, że adrenalina nie odgrywa żadnej roli w mechanizmie powstawania tej choroby. *W. Skowroński* (Lwów).

Zespół objawów choroby Basedowa na tle zapalenia mózgu. M. ROCH. Presse Méd. Nr 63, 1937.

Autor podaje historie chorób 2 przypadków, które wykazywały prawie wszystkie typowe objawy choroby Basedowa. Brak było tylko wytrzeszczu oczu, ale w okolicy endemicznie panującego wola (Genewa), często choroba Basedowa, rozwijająca się na tle wola, przebiega bez tego objawu. Również badania pomocnicze przemawiały za tym rozpoznaniem. Dłuższa obserwacja kliniczna wykazała (a również operacja wycięcia tarczycy w jednym przypadku, która pozostała bez wpływu na objawy), że było to powolnie rozwijające się zapalenie mózgu (*encephalitis epidemica*). Zajęcie ośrodków wegetatywnych mózgu może więc dawać objawy choroby Basedowa przy braku nadczynności tarczycy. *W. Skowroński* (Lwów).

Leczenie niedomogi sercowej uabainą podawaną doustnie. SP. LIVIERATOS i N. KISTHINIOS. Presse Méd. Nr 65, 1937.

Uabaina (strofantyna) stosowana jest zawsze dożylnie, niektórzy lekarze (Vaquez, Dimitracoff) polecają ją doustnie. Doświadczenia autorów wykazują, że ta metoda daje czasem niezłe wyniki, ale zdarza się również, że zawodzi. Podają ją w 2% roztworze rano i wieczorem po 25 kropel: większe dawki, polecane przez innych, powodowały często przypadłości żołądkowo-jelitowe. Takie leczenie nie daje wyników w przypadkach nagłych, wtedy bowiem trzeba strofantynę wstrzykiwać. Jeżeli nie otrzymuje się wyników w ciągu 2—3 dni, to należy zaprzestać podawać doustnie. W przeważnej ilości przypadków lżejszej niedomogi krążenia, leczenie doustne może jednak zastąpić zastrzyki. *W. Skowroński* (Lwów).

Działanie benzedryny i wskazania do jej stosowania. PH. PAGNIER. Presse Méd. Nr 67, 1937.

Autor streszcza prace amerykańskich i angielskich lekarzy, dotyczące nowego środka leczniczego. Benzedryna (p-benzyloisopropyloamina) jest związkiem syntetycznym z grupy adrenaliny i efedryny. Posiada działanie nieco zbliżone do tych środków. Stosuje się siarczan benzedryny. Po raz pierwszy wprowadzono ją do leczenia narkolepsji, ponieważ stwierdzono, że działa ona pobudzająco i usuwa senność. Obserwacje u ludzi zdrowych wykazały, że wywołuje ona bezsenność, zwiększa aktywność motoryczną, sprowadza brak zmęczenia, zwiększone napięcie mięśni i łatwość mówienia, dlatego też nawet studenci zaczęli zażywać takie pigułki w celu przygotowania się do egzaminów. Ciśnienie krwi zazwyczaj się nieco podnosi, ale najważniejsze jest działanie psychiczne, ponieważ uczucie znużenia znika i występuje euforia. Środek ten stosowano u chorych na parkinsonizm i stwierdzono dobre wyniki, kombinacja ze skopolaminą okazała się również korzystną. Podają doustnie po 10—30 mg dziennie, chociaż chory znosi dawki 10-krotnie większe. Objawów przyzwyczajenia nie zauważono, mimo że u jednego chorego stosowano ten środek przez rok.

W. Skowroński (Lwów).

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce

Przyczynek do studium doświadczalnej i klinicznej marskości wątroby. NETOUSEK. Bratislawske Lekarske Listy. Z. 11, 1937.

Fenilhydrazyna nie jest środkiem obojętnym. Autor widział w pięciu przypadkach czerwienicy trzykrotnie zakrzepy naczyń, jako następstwo stosowania tego środka. Doświadczalnie fenilhydrazyna wywołuje u mięsożernych znacznego stopnia podrażnienie, które przejść może zwolna w marskość angiohematotoksyczną. *Ungar* (Lwów).

Rozpad ciał naparstnicy w soku żołądkowym. FR. SWEC. Bratislawske Lekarske Listy. Z. 11. 1937.

Doświadczenia przeprowadzał autor na dorosłych kotach. Przede wszystkim stwierdzono, że zobojętniony i rozcieńczony sok żołądkowy nie jest toksyczny, ponieważ po wlewaniu dożylnym nie występowały objawy patologiczne. W pierwszych dwóch seriach badał autor rozkład leczniczych dawek naparstnicy w 10 cm³ soku żołądkowego po jednej godzinie i po trzech godzinach za pomocą metody Levy-Magnusa. Stwierdził przy tym, że w każdym soku żołądkowym rozłożona jest dawka lecznicza naparstnicy w innym stosunku odsetkowym. W dalszych badaniach śledził autor rozkład leczniczych dawek digilanidu, następnie 2% naparu liści naparstnicowych oraz digitoksyny w roz-

tworach kwasu solnego. Okazało się, że lecznicza dawka ciał naparstnicowych zostaje rozłożona w 10 cm³ roztworu kwasu solnego po upływie trzech godzin. Oporność badanych ciał naparstnicowych nie jest jednakowa. Najbardziej opornym okazał się digilanid, następnie *2%* napar i digitoksyna. Autor badał kolejno działanie pepsyny, przy czym stwierdził, że pepsyna nie posiada wpływu na rozpad naparstnicy w soku żołądkowym. Autor porównywał rozkład digilanidu w gotowanym i naturalnym soku żołądkowym. Okazało się, że toksyczność gotowanego soku odbiega od niegotowanego, tzn., że ten sam sok żołądkowy (ta sama kwasota) w naturalnym i gotowanym stanie rozkłada rozmaite ilości digilanidu. W większości przypadków rozkładał gotowany sok żołądkowy po trzech godzinach więcej digilanidu, aniżeli niegotowany. Autor usuwał również koloidy z soku żołądkowego drogą ultraprzesączu, przy czym ultraprzesącz rozkładał więcej digilanidu.

Z tych doświadczeń wyciąga autor wnioski, że ciała naparstnicowe są adsorbowane w soku żołądkowym, podobnie jak w surowicy przez koloidy, dzięki czemu chronione są od jonów wodorowych kwasu solnego.

Jeżeli ten pogląd jest słuszny, wówczas musimy przyjąć, że naparstnica wydziela się z koloidów bądź po zobojętnieniu, bądź w narządzie krążenia zwierząt doświadczalnych, u których stwierdzono rozkład naparstnicy w soku żołądkowym.

Ungar (Lwów).

Chirurgia, położnictwo i ginekologia, stomatologia

O własnościach bakteriobójczych krwi w gorączce połogowej i u chorych na raka szyi macicy. F. DAELS. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. T. 103. Z. 4—5.

W walce ustroju z zakażeniem odgrywa rolę nie tylko rodzaj drobnoustrojów, ale, i to w większej mierze, zjadliwość bakteryi oraz siła bakteriobójcza krwi chorych. Doskonałe usługi pod względem rokowania oddaje próba Ruge-Philippa na sprawność bakteriobójczą krwi ustroju zakażonego co do drobnoustrojów pobranych od chorego. Jak wynika z długoletnich badań autora, dotyczących zakażenia połogowego oraz u chorych na raka szyi macicy na 165 przypadków zakażenia połogowego śmiertelność chorych w grupie próby ujemnej wynosiła 1.8%, podczas gdy w grupie dodatniej zmarło 43.3%. Próba Ruge-Philippa poza tym umożliwia ocenę stopnia zjadliwości drobnoustrojów oraz odporności ustroju, przy użyciu sposobu autora. Bardzo wielka zjadliwość łańcuszkowców przejawia się w ten sposób, że próba z drobnoustrojami, pobranymi od chorej wypadnie dodatnio nie tylko z krwią chorej, ale i z krwią całego szeregu innych ludzi. Taką zjadliwość nazywa autor *„absolute Virulenz"*. Słabą odporność ustroju wykrywa autor w ten sposób, że próba Ruge-Philippa wypada dodatnio z krwią chorej, ale ujemnie z krwią innych ludzi. Chore o małej odporności, ale zakażone drobnoustrojami o małej zjadliwości mogą być uleczone mobilizacją zapasowych sił ustroju, którą wywołać można różnymi środkami, przede wszystkim za pomocą alkoholu i eteru. Najgorzej się sprawa przedstawia w przypadkach absolutnej zjadliwości drobnoustrojów. Tu próby pobudzania ustroju do jeszcze większej pracy zawodzą, gdyż wszystkie zapasowe siły są już uruchomione.

Tu staje się potrzebna prawdziwa pomoc w ścisłym tego słowa znaczeniu, a więc dostarczenie choremu ustrojowi ciał odpornościowych i to w wysokim stężeniu. Autor przestrzega przed szeroko stosowanym obecnie przetaczaniem krwi bez specjalnych badań siły bakteriobójczej krwi dawcy. Badania autora wykazały, że często krew dawcy jest o wiele słabszą, niż krew chorego. Taka krew nie tylko nie pomaga, ale jest wręcz szkodliwa, gdyż rozcieńcza soki ustrojowe. Również przestrzega autor przed stosowaniem tzw. immuno-transfuzji, tj. od osobników, sztucznie uodpornionych szczepem drobnoustrojów chorego, gdyż często bywa, że krew taka w momencie pobierania przechodzi w fazę ujemną. I dlatego staje się koniecznością wykonanie nowych prób podniesienia siły bakteriobójczej krwi dawców. Do pewnego stopnia autorowi to się udało. Okazało się, że można to osiągnąć przez środki usypiające, jak chloroform, eter, gaz rozweselający, środki znieczulające, a zwłaszcza znieczulenie lędźwiowe (tutokaina), wreszcie przez alkohol. Dopiero gdy próba Ruge-Philippa wykaże znaczne podniesienie się odporności krwi dawcy, można oczekiwać korzyści z przetoczenia takiej krwi. Autor dodaje, że dalsze badania są w toku. Lepsze niż dotychczasowe rozważania są wyniki lecznicze, uzyskane powyższą metodą. Autor uwzględniał tylko przypadki o absolutnej zjadliwości. Na 97 przypadków ogólna śmiertelność wyniosła 46.9%. Z tego bez przetoczenia zmarło 77.3%, po przetoczeniu krwi o wysokim stężeniu ciał bakteriobójczych 37.2%. Jeśli jednak odjąć z tej liczby przypadki, przywiezione już w agonii i powikłane manipulacjami wewnątrzmacicznymi, wykonanymi już po wybuchu zakażenia, to śmiertelność po przetoczeniu obniży się do 14.5%.

Próba Ruge-Philippa znalazła zastosowanie również i w przypadkach raka szyi macicy, leczonego radem. W próbie dodatniej (pobierano wydzielinę z utkania nowotworowego) wysokość ciepłoty, jako też jej długotrwałość po założeniu radu znacznie przewyższały objawy, widziane w próbie ujemnej. Tu również znajduje zastosowanie leczenie krwią wysoko bakteriobójczą w myśl wyżej wyszczególnionych zasad. Autor nierzadko miał możność obserwowania, jak pod wpływem przetoczenia krwi o wysokim wskaźniku bakteriobójczym ciepłota natychmiast spadała, przez co stawało się możliwe dalsze stosowanie naboju radowego bez obawy ponownej gorączki.

J. Lenczowski (Lwów).

O chwiejności koloidów krwi w chorobach kobiecych. K. J. KOROBIZIN. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. T. 103. Z. 4—5.

W 102 przypadkach chorób kobiecych, przeważnie charakteru zapalnego, przeprowadził autor badania porównawcze opadania krwinek sześciookresowym sposobem Mandelstamma z odczynem kłaczkującym Gerlóczy'ego. Autor podzielił swój materiał na 5 grup, kierując się charakterem krzywej opadania krwinek. W pierwszej grupie najwyższe wzniesienie występowało w pierwszym kwadransie, w drugiej — w drugim, w trzeciej — w trzecim, w czwartej stwierdzono *2* wzniesienia, przeważnie w drugim i czwartym kwadransie, wreszcie w piątej grupie najwyższe wzniesienie rozpoczynało się w drugim kwadransie i ciągnęło się z jednakowym nasileniem nieprzerwanie aż do czwartego kwadransa. Cechą charakterystyczną tych wzniesień było to, że im wcześniej występowało najszybsze opadanie, tym wzniesienie było wyższe, a spadek ostrzejszy i odwrotnie. Odczyn kłaczkujący Gerlóczy'ego najsilniej zaznaczył się w grupie pierwszej, w dalszych grupach stopniowo malał, a w piątej znikał zupełnie. Rozpatrując sprawy zapalne w poszczególnych grupach widział autor, że objawy, tak miejscowe, jak i ogólne najsilniej przejawiały się w grupie pierwszej, w dalszych grupach zmniejszały się, aż w ostatniej zostały tylko resztki przebytego niegdyś zapalenia. Z badań tych wynika, że odczyn kłaczkujący przebiega równolegle do opadania krwinek i że obie te metody doskonale się uzupełniają i stanowią cenne wzbogacenie klinicznych sposobów rozpoznawczych. *J. Lenczowski* (Lwów).

Miesiączkowanie a księżyc. H. GUTHMANN i OSWALD. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. T. 103. Z. 4—5.

Autorzy zauważyli na dużym materiale klinicznym, obejmującym przeszło 10.000 kobiet zdrowych, prawidłowo miesiączkujących, że istnieje pewna zależność między wystąpieniem miesiączki, a fazą księżyca. Otóż okazało się, że większość kobiet miesiączkowała w nowiu i w pełni. Praca ilustrowana kilkoma wykresami. *J. Lenczowski* (Lwów).

Higiena i medycyna społeczna

Porady w wyborze zawodu. Die Ortskrankenkasse. Nr 9. 1937.

Państwowy Zakład Pośrednictwa Pracy i Ubezpieczenia od Bezrobocia składa sprawozdanie z porad w wyborze zawodu i pośrednictwa w wyszukiwaniu pracy w poszczególnych urzędach za czas od 1 lipca 1935 r. do 30 czerwca 1936 r.

Według rozporządzenia z dnia 5. XI. 1935 r. Zakład ten ma wyłączne prawo do pośrednictwa w wyszukiwaniu pracy i udzielania porad przy wyborze zawodu. W r. 1931/32 zwróciło się po poradę do 350 urzędów 387.299 młodzieży płci obojga — w r. 1934/35 już 600.518. Dopiero jednak po listopadowym uzupełnieniu ustawy, cyfra ta przekroczyła milion. W r. 1935/36 — 1.077.990 absolwentów szkół i starszej młodzieży, nie mającej dotąd zawodu, udało się do tych poradni — z tego 613.602 chłopców, a 464.388 dziewcząt. 3/4 spośród nich ukończyło szkołę powszechną, reszta czyli 193.117 opuściło ją przed jej ukończeniem. 130.578 zgłaszających się po porady miało wykształcenie średnie lub wyższe, 36.140 porzuciło jednak szkołę przed egzaminem dojrzałości. 71.582 ukończyło średnie gimnazjum, a 22.856 posiadało maturę.

Głównym zadaniem tych poradni jest skierowywanie młodzieży do odpowiednich zawodów. Czyni się to w dwóch kierunkach. Kieruje się młodzież do tych zawodów, gdzie popyt jest największy i gdzie są najkorzystniejsze widoki na przyszłość. Są to przede wszystkim dla chłopców: rolnictwo, obróbka metali i budownictwo, dla dziewcząt — zawód pracownicy domowej w mieście i na wsi, sklepowej i krawcowej. Po wtóre dbają poradnie o to, aby „właściwy człowiek znalazł się na odpowied-

nim miejscu". Poradnie badają zdolności i skłonności młodzieży i wskazują jej takie zawody, które tym skłonnościom najwięcej odpowiadają i gdzie zdolności znajdą zastosowanie.

Więcej, niż 1/3 szukających porad otrzymało miejsce nauczycieli (nauczycielek), tak, że w ostatnim roku wszystkie miejsca nauczycieli zostały zajęte.

Resztę skierowano gdzie indziej. I tak np. 54.272 młodych ludzi zachęcono do ukończenia studiów lub umieszczono w publicznych lub prywatnych szkołach zawodowych, lub nawet wyższych uczelniach. Tutaj widzi się, jakie zawody podobają się najwięcej młodemu pokoleniu. U młodzieży płci męskiej obróbka metali i przeróbka żelaza miała największe powodzenia, bo zgłosiło się do niej aż 205.834 młodzieńców. Po tym następuje zawód kupiecki, do którego zgłosiło się 66.821 osób. Do górnictwa zgłosiło się tylko 40.373 młodych ludzi. Dziewcząt najwięcej chciało być sklepowymi, bo aż 148.251, po tym służącymi 109.581, po tym dopiero szły krawcowe, szwaczki itp. Poradnie stoją teraz przed zagadnieniami bardzo poważnymi — ustalenia popytu i podaży pracy na przyszłość, co wobec zmniejszenia się cyfr urodzin, nie będzie rzeczą łatwą — ale za to tym donioślejszą.

Znaczenie powołania w wyborze zawodu w przemyśle. O. A. OESER. The Human Factor — lipiec-sierpień, 1937.

We wstępie autor zwraca uwagę, jak często ludzie, którzy nie mają żadnego przygotowania w dziedzinie psychologii lub teorii wychowania, czują się powołani do udzielania wskazówek młodzieży wchodzącej w życie.

Zagadnienie to nie dotyczy młodzieży kończącej szkołę średnią lub uniwersytet, ale opuszczającej szkołę powszechną w wieku lat 14.

Kończący tę szkołę spotykają się z natychmiastową koniecznością zarabiania na swoje utrzymanie i tu zarówno rodzice, jak i nauczyciele czy inni doradcy gotowi są skłonić dziecko, często użyciem moralnego przymusu, do przyjęcia pierwszego lepszego zajęcia.

Autor stara się omówić wszystkie momenty psychologiczne, jakie składają się na pojęcia powołania.

Ważną rolę odgrywają wrodzone, czy nabyte zdolności, zarówno pod względem fizycznym, jak i psychicznym. Czynnik emocjonalny temperamentu wymaga zwrócenia specjalnej uwagi, gdy często nadmierna niecierpliwość i powierzchowność są przeszkodami nie do pokonania w zawodach, wymagających precyzji, spokoju i dokładności.

Duży wpływ na wybór mają nadzieje otrzymania pracy w tej, czy innej gałęzi przemysłu, zależnie od chwilowej koniunktury oraz związane z pewnymi pracami pojęcie niższości stanowiska społecznego w stosunku do innych zawodów.

Następny moment, to zainteresowania młodzieńca czy dziewczyny, które kształtują się dopiero w dostępnym dla nich otoczeniu, co wpływa na fakt, iż często obierają oni zawód rodziców, bliskich krewnych lub znajomych. Nie jest to oczywiście prawem, i zainteresowanie może wyniknąć na skutek zetknięcia się, często przypadkowego, z każdym innym zawodem, lub też na skutek nauki w szkole.

Zagłębiając się w psychologiczną strukturę dziecka, dochodzimy do pojęcia jego chęci, czy fantazji, które nie stoją często w żadnym stosunku do jego zdolności, a nawet zainteresowań.

Wszystkie omówione czynniki mogą objawiać się w dziecku i mogą być specjalnie mocno podkreślone. Gdy ma się do czynienia np. z fantazją, dostateczna znajomość psychologii odgrywa ogromną rolę. Czynniki te stanowią jak gdyby pewną psychologiczną skalę, w której obok czysto indywidualnych i prywatnych, znajdują się czynniki społeczne czy ekonomiczne niezależne zupełnie od żadnych przymiotów jednostki.

Służba lekarzy zaufania a zwalczanie gruźlicy. Die Ortskrankenkasse. Nr 9. 1937.

W czasopiśmie „Lekarz zaufania a Kasa Chorych" z lutego 1937 r. ogłasza K. Kuhne artykuł „O znaczeniu zaufania do lekarza w zwalczaniu gruźlicy". Pisze on, co następuje:

Przede wszystkim chodzi o przychwycenie przypadków gruźlicy w jak najwcześniejszym jej okresie. Myślę tu nie tylko o świeżych zachorowaniach, ale o wypadkach znanych już ośrodkom zdrowia, gruźlicy powrotnej.

Chciałbym zagadnienie to objaśnić cyframi. Philipps oblicza w statystyce amerykańskiej, że przypadek początkowej gruźlicy kosztuje 450 dol., średni przypadek 1500 dol., a bardziej posunięty 4600 dol.. W Kasie Chorych w Berlinie przeprowadzono również tego rodzaju statystykę, która dała podobne wyniki. Wydano w przeciągu półrocza na koszty leczenia początkujących gruźliczych 73.69 RM, w cięższych wypadkach po 267.75 na jednego chorego. Na 500.000 członków tej kasy wypadło w r. 1927 na każdego członka po 8 RM rocznie — to znaczy 10% wszystkich składek zostało zużyte na leczenie samej gruźlicy.

Gdyby gruźlicę uchwycić można w samym jej początku, wydatek ten zmniejszyć by się mógł do 8% — to znaczy, że każdy członek płaciłby na ten cel o 1,60 RM rocznie mniej. Przeliczywszy to na wydatki całej Kasy Chorych w Berlinie, mielibyśmy rocznie 800.000 RM oszczędności.

Cyfry te są jeszcze poważniejsze, jeśli się weźmie pod uwagę faktyczne koszty akcji przeciwgruźliczej w Niemczech. Ponieważ nie ma w tym jeszcze żadnej ogólnej statystyki, możemy mówić tylko o poszczególnych przypadkach. Każdy kosztuje przeciętnie 850 RM. Jeśli się obliczy koszty wysyłania do szpitali, zasiłek chorobowy, lekarza, lekarstwa, zasiłki dla rodziny, pomoc domową, koszty badania rodziny w świeżo odkrytych przypadkach, to przekonamy się, że każdy przypadek gruźlicy kosztuje rocznie przeciętnie 2.000 RM. Państwowy Wydział badania gruźlicy podaje liczbę chorych na gruźlicę 200.000—300.000. Jeśli się zatem przyjmie przeciętną 250.000 chorych na otwartą gruźlicę i jeśli każdy z tych chorych kosztuje 2.000 RM, to wydatki wyniosą 500 milionów rocznie. Widzimy, jak ważne jest w ideowym i materialnym znaczeniu wczesne rozpoznanie gruźlicy. Oszczędności, które dałyby się przeprowadzić, można by zużyć na walkę z gruźlicą, na badanie otoczenia chorego, na odosobnienie ciężko chorych, a tym samym zduszenie w zarodku źródeł zakażenia i na wszelką możliwą walkę z chorobą.

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie

Protokół posiedzenia z dnia 27 stycznia 1937 roku

1. Kol. Lewenfisz: *„Przypadek guza dobrotliwego w okolicy przywnękowej płuca prawego"*.

Robotnik, lat 54, w obserwacji od 2 lat. Skierowany został na prześwietlenie klatki piersiowej w lutym 1935 r. z powodu trwającego od kilku miesięcy kaszlu oraz kłucia w prawej połowie klatki piersiowej. Badanie plwociny raz jeden wykazało obecność laseczników Kocha. Przedtem nigdy nie chorował. Stwierdzono budowę mocną, odżywienie średnie. Liczne rzężenia drobno- i średnio-bańkowe w obu okolicach podobojczykowych, nieliczne w prawej okolicy nagrzebieniowej. Oddech pęcherzykowy, szorstki. Nad prawym szczytem z tyłu, tuż przy kręgosłupie, oddech nieoznaczony. Pozatym badanie innych narządów zmian uchwytnych nie wykazało.

Badanie rentgenologiczne: w środkowej części pola płucnego prawego, przykręgosłupowo, owalny cień, ostro odgraniczony od zewnątrz, intensywny, wielkości głowy dziecka. Cień ten nie jest związany z pniem naczyniowym, znajduje się w śródpiersiu tylnym; przełyk drożny na całej przestrzeni, przesunięty lekko w lewo. Prawy szczyt i okolica podobojczykowa niejednolicie zacienione. W górnej połowie płuca lewego porozrzucane niezupełnie ostre zacienienia. Lewa wnęka nieco rozszerzona. Stan bezgorączkowy. O. B. — 17'. Ciśnienie maks. 120, min. 75 (na obu ramionach jednakowe). W plwocinie laseczników Kocha obecnie się nie stwierdza. Morfologia krwi w granicach normy. Elektrokardiogram: lekka przewaga prawostronna. Próby Cassoniego i Weinberga — ujemne.

Chory był naświetlany promieniami Roentgena. Otrzymał pełną dawkę rakową. Po naświetlaniach guz się nie zmniejszył. Należy podkreślić wreszcie, że przez cały czas obserwacji, tj. w ciągu 2 lat wyżej opisany guz nie powiększył się, ani też nie uległ żadnej zmianie.

Rozpoznanie różniczkowe:

1) tętniak tętnicy głównej wstępującej; w naszym przypadku guz jest zupełnie niezależny od tętnicy głównej;

2) zimny ropień pochodzenia kręgowego; badanie kręgosłupa u naszego chorego nie wykazuje zmian uchwytnych;

3) nowotwór złośliwy (rak, mięsak), wychodzący ze śródpiersia rzadko daje tak ostrą i regularną linię odgraniczenia; zresztą długi stosunkowo okres trwania przy dobrym stanie ogólnym, jak również brak zupełny promienioczułości guza na rentgenoterapię — usuwają to przypuszczenie;

4) ziarnica złośliwa; morfologia krwi, stan bezgorączkowy, brak swędzenia oraz brak wrażliwości na działanie promieni rentgenowskich — przemawiają przeciw temu rozpoznaniu;

5) torbiel skórzastą spotykamy w śródpiersiu przednim tuż poza mostkiem. To samo należy powiedzieć o wolu pozamostkowym. Guz w tym przypadku, jak wzmiankowaliśmy, znajduje się w śródpiersiu tylnym;

6) bąblowiec; badania kliniczne, jak również ujemny odczyn Cassoniego i Weinberga nie podtrzymują tego przypuszczenia.

Należy więc przypuścić, że mamy w naszym przypadku do czynienia z guzem dobrotliwym, np. włókniakiem lub torbielą.

Przypadek zasługuje na przedstawienie ze względu na swoją rzadkość, jeśli weźmiemy pod uwagę usadowienie jego, wielkość i trudności rozpoznawcze.

2. Z cyklu: *„Postępy w lecznictwie"*. Kol. Frenklowa i kol. Mogilnicki: *„Postępy w lecznictwie pediatrycznym"*

H. Frenklowa omówiła kilka nowych metod leczniczych, stosowany na oddziale niemowlęcym w Szpitalu Anny Marii.

1) Dieta owocowa. Stosowana od roku 1929 daje doskonałe wyniki w biegunkach u młodszych i starszych niemowląt. Technika jest obecnie trochę odmienna od dawnej, opisanej przez prelegentkę w r. 1932; dużą uwagę zwraca się na stosowanie odpowiednich mieszanek po dniach owocowych. Prelegentka przytacza różne teorie diety owocowej i omawia bardziej szczegółowo właściwości pektyn na podstawie badań Malyotha i Baumanna.

2) Przetaczanie krwi. Wyniki stosowania tej metody, przedstawione na Zjeździe Pediatrycznym w roku 1935 oparte były na niewielkim materiale. Obecnie zabieg ten stosowany jest bardzo często: w ciągu ostatnich 15 miesięcy dokonano u 156 niemowląt 208 przetaczań krwi (w jednym przypadku 6-krotnie). U młodych niemowląt najdogodniej jest przetaczać krew do zatoki podłużnej (29 przypadków, 35 przetaczań).

Wyniki: spostrzegano pomyślne działanie przetaczania krwi (szczególnie wielokrotnego) w zapaleniach płuc i ropniakach odmowych samoistnych.

3) Leczenie zakażeń paciorkowcowych za pomocą związków sulfamidowych. Po szczegółowym omówieniu historii powstania, budowy chemicznej i doświadczeń na zwierzętach (Domagk, Levaditi), prelegentka przytoczyła wyniki działania dwóch preparatów: prontosilu (sulfamidodwuaminoazobenzenu) i antystreptyny (sulfamidoaminobenzenu) na podstawie własnych spostrzeżeń.

Od lutego 1936 r. do chwili obecnej preparaty te stosowano w 32 przypadkach różnych zakażeń paciorkowcowych i gronkowcowych u niemowląt do 2 lat. Bezwzględnie pomyślne wyniki spostrzegano w róży: na 17 przypadków było 14 wyleczonych, 3 zmarło (z tych 2 zmarło z powodu zapalenia płuc już po ustąpieniu objawów róży). Odsetek śmiertelności wyniósł 17,6%, podczas gdy w materiale dawniejszym, zebranym z 10 lat, wynosił 72%. Pośród wyleczonych było dwoje niemowląt 17-dniowych.

W innych schorzeniach wywołanych przez paciorkowce i gronkowce nie spostrzegano pomyślnego działania; w trzech przypadkach ropniaków opłucnej, wywołanych przez paciorkowce stosowano wlewania prontosilu (*P. solubile*) do opłucnej bez wyniku.

Na podstawie dotychczasowych spostrzeżeń z piśmiennictwa i własnych, prelegentka twierdzi, iż związki sulfamidowe działają w róży pewnie i swoiście.

3. Dr T. Mogilnicki. Postępy w tej dziedzinie są stosunkowo większe, niż w innych działach medycyny, ponieważ pediatria jest jedną z najmłodszych specjalności lekarskich. Dzięki postępowi lecznictwa spadła śmiertelność niemowląt z dwudziestu kilku procent na 12% u nas, a na 5—6% w krajach skandynawskich. Prócz ulepszonego pielęgnowania, racjonalnego wykorzystania powietrza i słońca ogromny wpływ leczniczy wywiera ulepszona technika odżywiania. Niewątpliwy postęp w tej dziedzinie stanowi podawanie niemowlętom soków owocowych i jarzyn, zawierających witaminę C, niezbędną dla rozwoju dziecka. W 1932 r. udało się węgierskiemu uczonemu Szent-Györgyi'emu wyodrębnić witaminę C, jako kwas askorbinowy. Ten syntetyczny preparat leczy gnilec dziecięcy, wpływa na rozwój niemowląt, które nie znoszą surowych owoców. W Polsce kwas askorbinowy można otrzymać w postaci tabletek (Redoxon-Roche) lub ampułek (Cebion-Mercka).

Epokowym odkryciem było wyodrębnienie w 1927 r. przez Hessa i Windausa witaminy D, przeciwkrzywicowej. Stosujemy preparaty Vitavit (Spiess), Sterogyl, Vigantol itp.

Największym odkryciem w dziedzinie chorób zakaźnych było odkrycie przez Dicków i Dochez surowicy przeciwpłoniczej antytoksycznej. Działanie jej w przypadkach ciężkiej płonicy toksycznej jest zdumiewające, nie ma ona wyraźnego wpływu na stan septyczny chorych, nie zapobiega powikłaniom i nie należy jej stosować w przypadkach lekkich.

Surowica przeciwbłonicza jest obecnie stosowana w dawkach znacznie większych niż uprzednio, przeważnie domięśniowo, w przypadkach bardzo ciężkich dożylnie. W ciężkiej toksycznej błonicy prócz surowicy ratuje życie chorych witamina C, stosowana dożylnie razem z wyciągiem kory nadnerczy.

Leczenie krztuśca szczepionkami daje tylko wówczas dobre wyniki, jeżeli szczepionka jest stosowana dostatecznie wcześnie i w dużych dawkach.

Swoistego leczenia odry nie ma. Lepsze wyniki, jakie uzyskujemy, zależą od tego, czy choremu na odrę dajemy dostateczny dopływ świeżego powietrza i światła, zabezpieczając go przed wtórnymi zakażeniami.

W dziedzinie leczenia duru brzusznego uzyskaliśmy lepsze wyniki dzięki dostatecznemu odżywianiu chorych. W bardzo ciężkich przypadkach ratuje często życie przetaczanie krwi.

Czerwonkę wywołaną przez laseczkę Shiga-Kruze leczymy dużymi dawkami surowicy swoistej. Prócz tego staramy się chorych jak najlepiej odżywiać.

Nagminne zapalenie opon leczymy codziennymi zastrzykiwaniami surowicy dolędźwiowo, stale kontrolując jakość płynu. W przypadkach uporczywych stosujemy u niemowląt surowicę dokomorowo lub zastrzykujemy podskórnie autoszczepionkę.

Ostry gościec stawowy leczymy bardzo długo dużymi dawkami salicylu, nie przerywamy leczenia, dopóki odczyn Biernackiego we krwi jest krótki.

W posocznicy paciorkowcowej stosujemy antystreptynę, w ciężkich postaciach posocznic niekiedy dobre wyniki daje przetaczanie krwi.

Dużym postępem w dziedzinie leczenia zapaleń nerek jest stosowanie diety cukrowej lub cukrowo-owocowej.

Dobre wyniki dają nam w obrzękach sercowych rtęciany stosowane podskórnie. Leczenie chorób krwi za pomocą witaminy C stanowi duży krok naprzód.

Leczenie krótkimi falami szeregu nacieków zapalnych, ropni, zapaleń stawów, ropni płuc jest postępem bardzo znacznym w przypadkach, w których inne metody dotąd zawodziły.

Dyskusja:

Kol. Knichowiecki uważa, że w przypadkach lekkiej płonicy nie należy stosować surowicy swoistej, wywołuje się bowiem zbyteczne uczulenie ustroju i często obserwuje się nawroty płonicy. Przy odrze wspomnieć należy o zapobiegawczym stosowaniu krwi ozdrowieńców.

Stosowanie szczepionki swoistej przy krztuśccu, w czasie ostatniej epidemii w Zakładzie M. dla niemowląt, dało bardzo dobre wyniki; szczepionka działa tym pewniej, im wcześniej jest zastosowana, toteż bardzo ważne jest wczesne rozpoznanie cierpienia. Stosować należy duże dawki szczepionki od 3 do 13 milionów.

Kol. Dengel. W przypadkach róży przyrannej stosował prontosil, przeważnie w zastrzykach, wyniki nie były zbyt przekonywujące. Widział bardzo dobre wyniki po stosowaniu krótkich fal przy naciekach zapalnych.

Kol. Halpern-Wieliczański podkreślił dobre działanie witaminy C w porażeniach pobłoniczych.

Kol. Turyn na podstawie przypadków leczonych w Szpitalu na Radogoszczu uważa, że antystreptyna przy róży działa wybitnie swoiście, ciepłota spada przeważnie krytycznie, w ślad za tym cofają się zmiany miejscowe.

Kol. Jelenkiewicz. Stosowanie diety owocowej u dorosłych nie daje dobrych wyników, pektyny działają dodatnio przy nadkwaśności, trzeba tylko znaleźć odpowiedni gatunek jabłek. W Szpitalu na Radogoszczu w płonicy stosowano surowicę w każdym przypadku, wyniki były w ogóle dobre. Działanie prontosilu przy róży uważa za bardzo korzystne, następuje natychmiastowy spadek ciepłoty i ogólna poprawa. Również obserwował dobre wyniki po zastosowaniu prontosilu w septycznych anginach.

Kol. Kocen zauważył, że badanie krwi w krztuśccu w pierwszych dniach nie daje typowego obrazu, charakterystyczna limfocytoza występuje dopiero po 7 dniach. Wczesne rozpoznanie otrzymać można przez wyhodowanie swoistej pałeczki.

W odpowiedzi prelegenci.

Sekretarz: *Dr B. Czaplicki.*

Protokół posiedzenia z dnia 3 lutego 1937 roku

Kol. I. Gotlib: *„Nowe drogi chemoterapii schorzeń paciorkowcowych"* (praca ukazała się w druku).

Dyskusja:

Kol. Janik. Stosowanie preparatów barwikowych dla odkażania organizmu nie jest rzeczą nową, od dawna stosowano już różne preparaty, obecnie wprowadzone związki sulfamidowe zdają się działać bardzo dobrze. Przytacza przypadki z własnej obserwacji: 1) zakażenia ogólnego poanginowego z przerzutami,

2) ropnicy ramienia z różą przyranną oraz 3) ropnicy uda, stan bardzo ciężki, ogólne zakażenie i zamroczenie. We wszystkich przypadkach po zastosowaniu prontosilu następowała poprawa, w ostatnim przypadku co prawda tylko przejściowy spadek ciepłoty ciała, potem nowe obostrzenie i chory zmarł. Dwa pierwsze przypadki zostały szybko wyleczone. Niektóre przypadki róży nie oddziaływały na podawany środek.

Kol. Heller zapytał, czy stosowano preparaty te w zakażeniach gronkowcowych.

Kol. Frenklowa. W omawianych przez prelegenta przypadkach róży u dorosłych po zastosowaniu antystreptyny prawie zawsze następował krytyczny spadek ciepłoty i poprawa. U dzieci, gdzie w ogóle róża ma przebieg cięższy, poprawa nie występuje tak szybko, tym niemniej wyleczenie następowało prawie w każdym przypadku, jak to było przedstawione w poprzednim referacie. Za wynalazców środków sulfamidowych uważa Niemców; Francuzi później dopiero zaczęli je wyrabiać i stosować. Preparaty te należy podawać bezwzględnie doustnie, w zastrzykach działają one słabiej, a przy róży w ogóle nie działają.

Kol. Szyfman ostrzega przed zbytnim entuzjazmem, sam przeżył pewne rozczarowania; przy róży bowiem miał przypadki, gdzie prontosil działał i gdzie nie działał. Z ostateczną oceną należy jeszcze zaczekać.

Kol. Jelenkiewicz widział dodatnie działanie antystreptyny w róży i w zakażeniach migdałkowych. W zakażeniu połogowym działanie zawodzi. Działanie jest silniejsze w środowisku kwaśnym, czasami więc zawodzi przy braku kwasu solnego w żołądku. Po podaniu kwasu działanie występuje wyraźniej.

Kol. Poznański zaznaczył, że prace doświadczalne Levaditi'ego dowiodły działania preparatów sulfamidowych na paciorkowce *in vitro et in vivo.*

Sekretarz: *Dr B. Czaplicki.*

Protokół posiedzenia z dnia 17 lutego 1937 roku

1. Kol. Mandelsowa zawiadamia, iż obecnie jesteśmy w okresie dużego nasilenia epidemii nagminnego zapalenia opon mózgowych. Od końca listopada do dnia dzisiejszego widziano w szpitalu Anny Marii 24 przypadki. Wiek dzieci od 11 tygodni do 12 lat. Pomiędzy przypadkami o objawach klasycznych zdarzają się przypadki z bardzo mało zaznaczonymi obrazami klinicznymi. Było kilka przypadków, w których płyn mózgowo-rdzeniowy był przeźroczysty i z limfocytozą, jak w gruźliczym zapaleniu opon. Dopiero przy następnych nakłuciach, płyn przybierał cechy typowe dla zapalenia ropnego i stwierdzano obecność dwoinek Weichselbauma. Dużo przypadków dostarczono do szpitala z innym rozpoznaniem. Na razie odsetek śmiertelności nie jest duży, bo na 24 chorych zmarło 3, co wynosi 12,5%. Należy zaznaczyć, że przypadki śmiertelne dotyczyły dzieci powyżej 2 lat, a z 6 niemowląt wszystkie wyzdrowiały. Prosi ogół kolegów, aby przypadki z najmniejszym nawet podejrzeniem o zapalenie opon były jak najwcześniej kierowane do szpitala.

Obecna epidemia jest bez wątpienia pod względem liczebnym znacznie większa, aniżeli ta, którą opisała w 1922 r. Wówczas w okresie 1919—1921 r. zanotowano w szpitalu 74 przypadków (30 mies.). Obecnie w czasie 3½ miesięcy jest 24 przypadków. Zaobserwowano bardzo dobre wyniki po leczeniu surowicą.

2. Kol. Banasz *wygłosił odczyt „O wodonerczu"* (praca ukaże się w druku).

3. Kol. Chrzanowski *wygłosił odczyt: „O azotemii chloropenicznej"* (ukaże się w druku).

W dyskusji zabierali głos kol. Witoński, Tenenbaum, Mandelsowa, Kleszczelski, Turyn, Bender i prelegent.

Kol. Mandelsowa przytacza przypadek mocznicy pozanerkowej u dziecka 19-miesięcznego, który już szczegółowo omówiła na posiedzeniu Tow. Pediatrycznego we wrześniu 1933 r. Dotyczył dziecka 19-miesięcznego, u którego na tle jakiegoś nieznanego zakażenia wystąpiły bardzo gwałtowne wymioty, a następnie utrata przytomności, drgawki i powiększenie wątroby.

Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego wykazało 4-krotnie zwiększoną ilość mocznika, duże zwiększenie ilości mocznika we krwi i obniżenie ilości chlorków poniżej normy.

Wyleczenie na skutek upustów krwi, podawania glukozy i soli fizjologicznej. W patogenezie duża wątroba, prawdopodobnie jej uszkodzenie, wywołane przez zatrucie produktami rozpadu białkowego.

W przypadku tym była więc chloropenia przez utratę chlorków, spowodowana wymiotami, *uremia hepaticans et chloropenica.*

Kol. Turyn. Brak chlorków nie jest głównym zagadnieniem. Hipochloremie z azotemią towarzyszą innym zmianom humoralnym w przebiegu na przykład zakwaszenia czy śpiączki cukrzycowej przy uporczywych wymiotach, zapaleniu nerek, cholerze. Należy sądzić, że hipochloremie azotemiczne powstają w przebiegu szybkich zmian patologicznych obok nadmiernego i nie całkowitego rozpadu białka, tłuszczu, węglowodanów. Utrata chlorków i zatrzymanie azotu jest tylko najłatwiej uchwytną przemianą humoralną. Wymioty prowadzą nie tylko do utraty chlorków soku żołądkowego, ale także innych jego składników, chociażby czynnika Castle'a. Kol. Turyn obserwował wybitne hipochloremie bez azocicy i innych odchyleń patologicznych, znoszone bardzo dobrze. Wybitna chloropenia osocza i krwinek z obniżoną chloremią ogólną towarzyszy skompensowanej kwasicy gazowej. Kol. Turyn uznaje określenie Achard'a: *„azotémie avec manque de sal"* w odróżnieniu od *„azotémie par manque de sel"* Blum'a.

Sekretarz: *Dr B. Czaplicki.*

Protokół posiedzenia z dnia 17 lutego 1937 roku

Z cyklu: *„Postępy w lecznictwie".*

1. Kol. Kryszek: *„Postępy w lecznictwie chorób sercowych".*

Kol. H. Kryszek omawia postępy lecznictwa chorób sercowych. Szczegółowo omawia stosowanie naparstnicy, strofantyny, eufiliny i morfiny. Przy omawianiu naparstnicy zaznacza, które z dawniejszych przeciwwskazań przestały obowiązywać; omawia stosowanie naparstnicy do odbytnicy; uzasadnia wpływ naparstnicy w niedomodze mięśnia sercowego.

Przy omawianiu strofantyny podkreśla przewagę jej nad ouabainą i ustala wskazania w ostrej niedomodze, w niedomodze z wolnym tętnem, w przypadkach z oddechem typu Cheyne-Stokesa i przy cwale.

Przy omawianiu eufiliny wyjaśnia działanie rozszerzające naczynia wieńcowe i stosowanie w miażdżycy naczyń wieńcowych.

Przy omawianiu morfiny ustala wskazania przy dychawicy sercowej i dusznicy bolesnej lub zawale mięśnia sercowego.

Wreszcie krótko omawia stosowanie tyreoidektomii, parawertebralnej anestezji i witamin.

W dyskusji zabierali głos kol. Gotlib, Dynenson, Zylberblat i Bender.

Kol. Kryszek *w odpowiedzi* kol. Gotlibowi: nadmierne stosowania ouabainy przez Clerka są ryzykowne i nie stanowią postępu; przetwory oleandru, pomimo zapowiedzi, nie znalazły dotąd zastosowania w klinice; strofantyna domięśniowo nie zachęca; wapń uczula się tylko na strofantynę, co może być ryzykowne, lecz i na naparstnicę w jej działaniu skurczowym wiadome jest to już od czasów badań Fröhlicha i Picka.

Kol. Dynensonowi: dawki stosowane do odbytnicy równają się dawkom stosowanym doustnie, niekiedy przewyższają je nawet w działaniu.

Kol. Zylberblatowi: stosowanie sparteiny, mającej bądź własności naparstnicy, bądź według innych chininy, nie może być uważane jako postęp leczniczy; katalizyna i sole magnezowe są za mało wypróbowane.

Kol. Benderowi: brak osobistego doświadczenia w stosowaniu dużych dawek naparstnicy w częstoskurczu; zwykle wystarcza odpowiednia dawka chininy doustnie lub dożylnie. Przy jednoczesnym dożylnym podaniu eufiliny ze strofantyną, eufilina raczej toruje drogę strofantynie i zabezpiecza przed kurczącym działaniem strofantyny na miażdżycowo zmienione naczynia wieńcowe; nie można wykluczyć wzmożonego działania strofantyny, spowodowanego przez eufilinę. Naparstnicy przy zwężeniu ujścia żylnego lewego nie unika się; połączone jest to jednak z ogólnie znanym ryzykiem.

2. Kol. Margolis Al.: *„Postępy w lecznictwie chorób narządów trawienia".*

W dyskusji zabierali głos kol. Uryson, Halpern-Wieliczański i prelegent.

Sekretarz: *Dr B. Czaplicki.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE

Odznaczenia i wiadomości osobiste

Prof. dr Tomasz Janiszewski został mianowany honorowym profesorem U. J. P. w Warszawie.

Prof. dr Stanisław Legeżyński, ze Lwowa, został mianowany profesorem bakteriologii na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie.

Ruch w towarzystwach lekarskich i zjazdy

IV posiedzenie naukowe Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego odbyło się dnia 18 lutego 1938 r. Porządek dzienny: Film o krwi. Wybrane rozdziały z hematologii. (Własność f. Bayer z Leverkusen).

Doroczne Zebranie Rady Izby Lekarskiej Lwowskiej odbędzie się w niedzielę, dnia 27 bm. w Domu Lekarskim przy ul. Marii Konopnickiej l. 3.

Izba Lekarska Lwowska utworzyła w swym łonie Komisję Bytu, której zadaniem jest zajmowanie się wszelkimi sprawami, związanymi z położeniem materialnym członków Izby.

W dniu 8 lutego br. odbyło się Walne Zgromadzenie Krakowskiego Tow. Ginekologicznego, na którym wybrano przez aklamację po raz trzeci dotychczasowy Zarząd w osobach: Prezes: Doc. dr Szymanowicz Józef. Wiceprezes: Dr Niewola-Staszkowski Jan. Sekretarz: Dr Schwarz Stefan. Skarbnik: Dr Urzędowski Hieronim.

Zarząd Towarzystwa Lekarskiego Łódzkiego został ukonstytuowany na rok 1938 w następującym składzie: Prezes: Dr Bronisław Frenkiel. Wiceprezesi: Dr Aleksander Margolis i dr Henryk Rueger. Sekretarze: Dr Matylda Tomaszewska i dr Adam Tenenbaum. Skarbnik: Dr Bronisław Knichowiecki. Bibliotekarze: Dr Jan Żurkowski i dr Mieczysław Kocen.

I Międzynarodowy Zjazd Kosmobiologów odbędzie się w czasie od 2—6 czerwca br. pod protektoratem Lekarskiego Towarzystwa Klimatologii i higieny wybrzeża śródziemnomorskiego oraz międzynar. towarzystwa dla badań promieni słonecznych, ziemnych i kosmicznych. Informacyj udziela: Generalny Sekretariat Zjazdu: Dr M. Faure, 24, rue Verdi, Nicea.

V Ogólnopolski Zjazd do Walki z nowotworami odbędzie się we Lwowie na wiosnę roku 1939.

Różne

Z kraju.

Na posiedzeniu Zarządu Naczelnej Izby Lekarskiej z dnia 31 stycznia br. ustalono treść memoriału, który ma być skierowany do Ministra Opieki Społecznej w sprawie zorganizowania opieki lekarskiej dla ludności wiejskiej.

Zimowa pomoc lekarska dla bezrobotnych we Lwowie. Podobnie, jak w roku ubiegłym, tak samo w r. 1937/38 Izba Lekarska we Lwowie zainicjowała powstanie Sekcji lekarzy i aptekarzy Miejskiego Obywatelskiego Komitetu pomocy zimowej bezrobotnym. Prezes Izby w porozumieniu z Zarządem Izby zaprosił jeszcze z końcem ubiegłego roku szersze grono przedstawicieli świata lekarskiego i aptekarskiego do zorganizowania Sekcji lekarzy i aptekarzy, która następnie wybrała ściślejszy Komitet Wykonawczy, do którego weszli prezes Izby Lekarskiej, jako przewodniczący, wiceprezesi Izby i prezes Izby Aptekarskiej i naczelny lekarz miejski oraz kilku innych członków. Organizacja pracy Sekcji polega na pomocy lekarskiej bezrobotnym ambulatoryjnej, udzielanej w ambulatoriach klinik uniwersyteckich, Państwowego Szpitala Powszechnego i Szpitala Żydowskiego, Polikliniki i lekarzy miejskich. Obłożnie chorymi w domu udzielają pomocy lekarskiej zakontraktowani lekarze, częściowo płatni przez Sekcję, częściowo przez Izbę Lekarską. Nadto istnieje biuro centralne Sekcji, w którym codziennie urzęduje jeden z lekarzy zakontraktowanych celem udzielania informacyj zgłaszającym się bezrobotnym, wydaje recepty na bezpłatne leki, płacone przez Sekcję, skierowuje chorych do zabiegów fizykalnych itp. Dzienna liczba zgłaszających się w biurze Sekcji wynosi przeciętnie 70 osób, nie licząc chorych ambulatoryjnych. Na cele Sekcji organizacje lekarskie i aptekarskie złożyły pewne sumy, a Miejski Komitet Obywatelski udziela Sekcji stale miesięczne subwencje. Działalność Sekcji odbywa się sprawnie.

W ramach pomocy zimowej dla bezrobotnych została również zorganizowana akcja pomocy lekarskiej. W Warszawie zorganizowano sieć ambulatoriów, które udzielają bezpłatnie bezrobotnym porad lekarskich i świadczeń lekowych. Lekarze tych ambulatoriów dysponują bonami na leki, złożonymi przez Towarzystwo Farmaceutyczne. Również pewne apteki Ubezpieczalni Społecznej wydają leki bezrobotnym, według recept Komitetu Pomocy Zimowej. Niezależnie od ambulatoriów specjalnych (są to placówki lekarskie płatne), cały szereg lekarzy przyjmuje bezrobotnych bezpłatnie we własnych gabinetach prywatnych. Podobny system pomocy lekarskiej dla bezrobotnych zorganizowano na terenie wojew. warszawskiego, gdzie punkt ciężkości spoczywa właśnie na prywatnych gabinetach lekarskich.

Staraniem Rady Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Poznańskiego odbyła się w niedzielę dnia 30 stycznia br. uroczysta akademia dla uczczenia pamięci śp. prof. dra Stefana Borowieckiego. W małej auli Uniwersytetu Poznańskiego zgromadziło się około stu osób, w tym członkowie rodziny zmarłego, liczni przedstawiciele grona profesorskiego Wydziału Lekarskiego, towarzystw naukowych oraz współpracownicy i byli wychowankowie śp. prof. Borowieckiego. Akademię zagaił dziekan Wydziału Lekarskiego prof. dr Stefan Dąbrowski, witając delegata senatu akademickiego, prorektora prof. dra Karola Jonschera i wszystkich obecnych. Następnie przemówił prorektor prof. dr Jonscher i w pięknych słowach skreślił zasługi śp. prof. Borowieckiego na polu naukowym oraz nieustanne starania o rozwój Kliniki Psychiatrycznej U. P., której dyrektorem był Zmarły. Nadto zabierali głos: prof. dr W. Kapuściński, prezes Wydziału Lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk, płk. dr Naramowski, jako delegat Oddziału Poznańskiego Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, doc. dr A. Gruszecka oraz prof. dr S. Błachowski, którzy w przemówieniach swych zobrazowali działalność na placówkach społeczno-naukowych i przedstawili zebranym rozległą pracę naukową śp. prof. Borowieckiego z dziedzin neurologii i psychopatologii. Po akademii zebrani udali się do Kliniki Chorób Nerwowych i Umysłowych U. P. przy ul Północnej, gdzie w obecności prorektora prof. dra Jonschera, dziekana prof. dra Dąbrowskiego oraz członków Rady Wydziału Lekarskiego U. P. nastąpiło odsłonięcie tablicy pamiątkowej ku czci śp. prof. dra Borowieckiego. *W. S.*

Rada Naukowo-Lekarska przy Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych odbyła plenarne posiedzenie pod przewodnictwem gen. dra S. Rouypperta w obecności dyrektorów departamentów Min. Opieki Społ. dra Adamskiego i dra Dyboskiego, przedstawicieli Zakładu Ubezp. Społ., przedstawicieli Instytutu Spraw Społecznych oraz zaproszonych osób. Po zwiedzeniu przez członków R. N. L. Instytutu Chirurgii Urazowej, zapadły uchwały, mające znaczenie dla władz ubezpieczeniowych. W zakresie pracy zapobiegawczej, prowadzonej przez ubezpieczenia społeczne wyrażono uznanie Z. U. S. za podjęcie akcji tworzenia kolonij leczniczo-wypoczynkowych, wyrażając opinię, że akcja ta winna być nadal kontynuowana w jak najszerszym zakresie. Rada ustaliła również podstawowe wytyczne akcji zapobiegawczej, obejmującej jak najszersze warstwy ludności. Następnie uchwalono podstawowe tezy w zakresie zadań ubezpieczeń społecznych w walce z gruźlicą. Prof. dr Czubalski, opierając się na referacie prof. Pieńkowskiego z Krakowa, zreferował postępy prac zespołu R. N. L. w zakresie kursów medycyny społeczno-ubezpieczeniowej dla lekarzy, po czym uchwalono wnioski, stwierdzające konieczność dalszego organizowania takich kursów dla młodych lekarzy. Poza tym powzięto uchwałę, że w mającym powstać Instytucie Medycyny Społecznej należało by w szerokim zakresie uwzględnić schorzenia zawodowe, chirurgię urazową, sprawy nerwic oraz orzecznictwo lekarskie. Gen. Rouppert zreferował postępy pracy R. N. L. w związku z zamierzoną budową Instytutu Medycyny Społecznej, uzasadniając obszernie konieczność jego powstania. Bardzo obszerna dyskusja toczyła się na temat wprowadzenia nowego lekospisu dla ubezpieczeń społecznych, przy czym upoważniono odnośny zespół R. N. L. do definitywnego opracowania tego spisu jako orientacyjnego. Po odczycie nacz. dyr. ZUS., Lgockiego, o organizacji ubezpieczeń społecznych, uchwalono na wniosek prezydium R. N. L. program prac na 1938 r.

W dniu 4 b. m. odbyła się w Departamencie Służby Zdrowia Ministerstwa Opieki Społecznej przy współudziale delegata Gabinetu Ministra konferencja porozumiewawcza z przedstawicielami Związku Uzdrowisk Polskich w sprawie kredytu inwe-

stycyjnego dla uzdrowisk. Obradom przewodniczył wicedyrektor Departamentu Sł. Zdrowia płk. dr Babecki, uczestniczyli w nich z ramienia Ministerstwa naczelnik i referenci wydziału nadzoru nad lecznictwem, przedstawiciel Gabinetu Ministra, do którego kompetencji, jak wiadomo, należą sprawy budżetowe, oraz z ramienia Związku Uzdrowisk prezes St. Karłowski, wiceprezes dr Kaden i dyrektorka biura Związku H. Minkiewiczowa.

Dnia 1. II. br. został przeniesiony do nowego budynku Miejski Szpital dla chorób wenerycznych i skórnych w Białymstoku. Nowo przebudowany szpital posiada 2 oddziały: męski i żeński, razem na 36 łóżek i przychodnię przeciwweneryczną. Szpital i przychodnia są urządzone według wszelkich wymagań nowoczesnego szpitalnictwa. W ostatnich kilku miesiącach jest to druga placówka szpitalna, którą Zarząd Miejski doprowadził do porządku, gdyż przed trzema miesiącami został otwarty oddział gruźliczy na 20 łóżek przy Miejskim Szpitalu Zakaźnym. Dalsza rozbudowa szpitali miejskich, tj. rozszerzenie jeszcze na 20 łóżek oddziału gruźliczego i budowa oddziału wewnętrznego i dziecięcego jest projektowana w bieżącym roku.

Otwarcie pawilonu izolacyjnego w Szpitalu Anny Marii w Łodzi. W dniu 30 stycznia br. odbyło się na terenie Szpit. Anny Marii w Łodzi otwarcie nowego pawilonu na 30 łóżek, przeznaczonego dla dzieci z niewyraźnym zakażeniem, ze środowiska zakażonego lub dla chorych z zakażeniem mieszanym. Pawilon składa się z 8 pokoi dla chorych i jednej większej sali obserwacyjnej, z której widać wszystkich chorych dzięki szklanym wewnętrznym ścianom. Pawilon izolacyjny ma cztery wejścia dla chorych i jedno dla personelu do sali obserwacyjnej. Szpital Anny Marii jest największym szpitalem dziecięcym w Polsce i obecnie po otwarciu nowego pawilonu ma 290 łóżek etatowych w Łodzi i 45 łóżek w Sokolnikach pod Ozorkowem w 11-hektarowym lesie. Na otwarcie pawilonu, prócz władz rządowych i samorządowych przybyli liczni przedstawiciele miejscowego świata lekarskiego i z Warszawy: senator prof. Michałowicz, prof. Szenajch, dr Kopeć, doc. Brokman, dr Wierzbowska i Leimbachówna, z Wilna: doc. Kaulbersz-Marynowska, z Górki: dyr. dr Sz. Starkiewicz, z Katowic: dyr. dr Roszak, z Częstochowy: dr Szaniawski.

Czynione są obecnie przygotowania do wielkiej akcji sanitarnej na obszarze całej stolicy, mianowicie do sprawdzenia stanu sanitarnego sklepów z żywnością, zakładów gastronomicznych, kosmetycznych, fryzjerni itp.

W kinoteatrach paryskich wyświetla się film rentgenograficzny, przedstawiający ludzi, zwierzęta i rozmaite przedmioty po przepuszczeniu przez nich promieni Roentgena. Film ten ilustruje znakomicie cały szereg czynności ustroju, w szczególności stawów.

Interpretując art. 9 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o wykonywaniu praktyki lekarskiej, Naczelna Izba Lekarska wyjaśniła, że osoby posiadające dyplom „lekarza", a odbywające obowiązkową roczną praktykę szpitalną (nie mające za tym prawa wykonywania praktyki lekarskiej), mogą używać tytułu „lekarz". Decydujący dla rozstrzygnięcia tej kwestii jest przepis art. 9 ust. 3 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o wykonywaniu praktyki lekarskiej. Jakkolwiek zatem tytuł zawodowy „lekarz" przysługuje w myśl art. 9 ust. 1 powołanego rozporządzenia wyłącznie osobom, posiadającym prawo wykonywania praktyki lekarskiej, nic nie stoi na przeszkodzie, aby osoby, które uzyskały tytuł naukowy „lekarz" na podstawie przepisów o studiach lekarskich w szkołach akademickich, używały tego tytułu, chociażby nie miały uprawnień do używania tytułu zawodowego. Należy również podkreślić, że według ustawy z dnia 15 marca 1933 r. o szkołach akademickich, rady wydziałowe tych szkół mogą nadawać również stopnie zawodowe; niższy stopień naukowy może być równocześnie stopniem zawodowym (art. 41 ust. 2); rozporządzenie wykonawcze w tym przedmiocie nie zostało dotychczas wydane. Wobec tego, że uzyskanie niższego stopnia naukowego nie daje samo przez się uprawnień do wykonywania praktyki lekarskiej, przedstawiony wyżej stan prawny co do używania tytułu „lekarz" nie może być uznany za zadawalający.

Liczba lekarzy praktykujących wykazuje w Warszawie ciągły wzrost, gdyż młodzi lekarze po ukończeniu Wydziału Lekarskiego U. J. P. osiedlają się w Warszawie mimo mniejszych możliwości zarobkowych, niż na tzw. prowincji.

Komunikaty

Program Kursu z zakresu Medycyny Społecznej, urządzonego przez Wydział Lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie przy współudziale Ministerstwa Opieki Społecznej i Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w czasie od 14 marca do 14 kwietnia 1938 r.: 1. Lek. nacz. dr R. Kunicki: Rozwój idei ubezpieczeń społecznych (1 godz.). 2. Dyr. dr K. Kropatsch: Organizacja ubezpieczeń społecznych w Polsce (1 godz.). 3. Nacz. dr K. Hessek: Ośrodek zdrowia podstawową jednostką administracyjną publicznej służby zdrowia (1 godz.). 4. Prof. dr J. Latkowski i dr S. Karasiński: Gruźlica z punktu widzenia medycyny społecznej (2 godz.). 5. Dyr. dr K. Kropatsch: Podstawy finansowe ubezpieczeń społecznych (2 godz.). 6. Prof. dr J. Latkowski i dr S. Karasiński: Schorzenia młodocianych z punktu widzenia medycyny społecznej (1 godz.). 7. Dr W. Medyński: Zasady zapobiegania w ubezpieczeniach społecznych (1 godz.). 8. Dyr. E. Krwawicz: Świadczenia pieniężne w ubezpieczeniach społecznych (2 godz.). 9. Dr M. Ciećkiewicz: Świadczenia lecznicze w ubezpieczeniach społecznych (1 godz.). 10. Dr M. Ciećkiewicz: Organizacja lecznictwa oparta na lekarzu domowym (1 godz.). 11. Lek. nacz. dr R. Kunicki: Zakres i środki działania w ubezpieczeniach społecznych (4 godz.). 12. Prof. dr T. Rogalski: Wychowanie fizyczne i sport jako czynnik społeczny (1 godz.). 13. Dr Z. Oszast: Leczenie fizykalne w ubezpieczeniach społecznych (1 godz.). 14. Doc. dr L. Bier i dr B. Gastoł: Higiena pracy (6 godz.). 15. Doc. dr F. Siedlecki: Niektóre choroby zawodowe (zatrucie ołowiem i rtęcią, krzemica) (2 godz.). 16. Dr Z. Godłowski: Niektóre choroby zawodowe (działanie promieni Roentgena oraz pozostałe zatrucia zawodowe) (1 godz.). 17. Dr L. Tochowicz: Choroby wewnętrzne (klatki piersiowej) z punktu widzenia medycyny społecznej (1 godz.). 18. Prof. dr F. Walter: Choroby skórne i weneryczne z punktu widzenia medycyny społecznej (3 godz.). 19. Doc. dr M. Wilczek: Choroby oczu z punktu widzenia medycyny społecznej (1 godz.). 20. Prym. dr J. Gołąb: Choroby dzieci z punktu widzenia medycyny społecznej (2 godz.). 21. Dr A. Ślączka: Choroby układu nerwowego z punktu widzenia medycyny społecznej (2 godz.). 22. Doc. dr B. Stępowski: Choroby kobiece z punktu widzenia medycyny społecznej (2 godz.). 23. Prof. dr J. Kostrzewski: Choroby zakaźne z punktu widzenia medycyny społecznej (1 godz.). 24. Dr A. Mester: Gościec z punktu widzenia medycyny społecznej (1 godz.). 25. Doc. dr J. Zaremba: Chirurgia urazowa i seminarium traumatologiczne (2 godz.). 26. Dr J. Birkenfeld: Choroby chirurgiczne z punktu widzenia medycyny społecznej (2 godz.). 27. Prof. dr J. Miodoński: Choroby uszu, nosa i gardła z punktu widzenia medycyny społecznej (1 godz.). 28. Prof. dr J. Olbrycht i Dr M. Ciećkiewicz: Zasady orzecznictwa lekarskiego w ubezpieczeniu wypadkowym, emerytalnym i chorobowym (3 godz.). 29. Prez. Izby Lek. dr W. Stryjeński: Ustawodawstwo lekarskie (1 godz.). 30. Prez. Sądu Izby Lek. dr A. Maciąg: Deontologia lekarska (1 godz.). Nadto seminarium w orzecznictwie chorobowym, dr A. Bobak (2 godz.). — Seminarium w orzecznictwie wypadkowym, dr J. Jasieński (2 godz.). — Seminarium w orzecznictwie emerytalnym, dr S. Dziuba (2 godz.). — W programie przewidziane jest zwiedzanie lecznic, fabryk, hut, kopalni itp. Otwarcie Kursu nastąpi w dniu 14 marca 1938 r. o godz. 18, w sali Towarzystwa Lekarskiego w Krakowie, ul. Radziwiłłowska 4. Zgłoszenia uczestnictwa w Kursie przyjmuje najpóźniej do dnia 10 marca 1938 r. włącznie, Kierownik Kursu prof. dr Jan Olbrycht, Kraków, ul. Grzegórzecka 16.

CENY OGŁOSZEŃ	1/1	1/2	1/4	1/8	1/16
okładki i w tekście miejsca zastrzeżone	zł 220.—	zł 120.—	zł 65.—	zł 35.—	—
Inne strony	zł 180.—	zł 100.—	zł 55.—	zł 30.—	zł 20.—

Załączenie do nakładu pisma wkładek reklamowych od zł 220.—

PRENUMERATA KWARTALNA

w kraju . . . . zł 10.—
za granicą . . . . zł 17.—

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.